

**WIE SIEHT DER PSYCHIATRISCHE PATIENT
SEINE ERKRANKUNG?**

Eine empirische Studie

Martin Alund
München 1981

1902
—

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

WIE SIEHT DER PSYCHIATRISCHE PATIENT SEINE ERKRANKUNG ?

Eine empirische Studie

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Martin Alund

aus

Rönninge / Schweden

Jahr

1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 11.06. 1982



Herrn Prof. Dr. H. Hippius danke ich für die Förderung und wohlwollende Unterstützung der Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt

Herrn Dr. Dr. W. Bender,
der mir stets mit gutem Rat, hilfreicher Kritik und unter Aufwand kostbarer Zeit zur Seite stand.

Ferner danke ich Frau H. Braun für die Erstellung der Abbildungen und Tabellen und Herrn R. Wegscheider für die Durchführung der statistischen Analysen sowie allen Stationsärzten, Schwestern und Pflegern, die mich bei der Durchführung der Studie unterstützt haben.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Meiner Mutter in Dankbarkeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.	Einleitung
1.1.	Geschichtlicher Überblick
1.2.	Begriffsdefinitionen
1.2.1.	Geisteskrankheit
1.2.2.	Psychose
1.2.3.	Neurose - Persönlichkeitsstörung
1.2.4.	Krankheitseinsicht
1.2.5.	Krankheitsgefühl
1.2.6.	Krankheitsmodell
1.3.	Krankheitseinsicht und Krankheits- gefühl bei verschiedenen psychia- trischen Krankheitsbildern
1.4.	Fragestellung der Studie
2.	Material und Methoden
2.1.	Testinstrumente
2.1.1.	Bogen für den behandelnden Arzt
2.1.2.	Patienten-Fragebogen
2.1.3.	Der MMPI-Test
2.1.4.	Der Wortschatz-Test
2.2.	Patientenstichprobe
2.3.	Zeitplan der Untersuchungen
2.4.	Testbedingungen
2.5.	Ausfüllverhalten der Patienten
2.6.	Statistische Methoden

	Seite
3.	Ergebnisse 23
3.1.	Zuverlässigkeit der Patienten- Angaben im Fragebogen 23
3.2.	Ergebnisse der Angaben über die Patienten im ärztlichen Beurtei- lungsbogen 23
3.3.	Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl und Intelligenz 28
3.4.	Ergebnisse des Patienten-Fragebogens auf Einzelitemebene 30
3.4.1.	Symptomwahrnehmung 31
3.4.1.1.	Beschreibung der Items 31
3.4.1.2.	Syndrom- und Diagnosenbeschreibung 36
3.4.2.	Therapiebereitschaft 38
3.4.2.1.	Beschreibung der Items 38
3.4.2.1.1.	Positive Behandlungsbereitschaft 38
3.4.2.1.2.	Fehlende Behandlungsbereitschaft und Ablehnung der Behandlung 41
3.4.2.2.	Syndrom- und Diagnosenbeschreibung 54
3.4.3.	Fremdbeurteilung 62
3.4.3.1.	Beschreibung der Items 62
3.4.3.2.	Syndrom- und Diagnosenbeschreibung 70
3.4.4.	Krankheitsmodell 75
3.4.4.1.	Beschreibung der Items 75
3.4.4.2.	Syndrom- und Diagnosenbeschreibung 80

	Seite
3.4.5.	Krankheitsgefühl 83
3.4.6.	Übrige Items 84
3.5.	Ergebnisse des Patienten-Frage- bogens auf Faktorenebene 91
3.5.1.	Beschreibung der Faktoren 94
3.5.2.	Syndrom- und Diagnosenbeschreibung 101
4.	Diskussion 107
4.1.	Stichprobe und Durchführung der Untersuchung 107
4.2.	Krankheitseinsicht und Krankheits- gefühl aus der Sicht des behandeln- den Arztes 108
4.3.	Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl 110 und Anzahl sowie Gesamtdauer der früheren Behandlungen
4.4.	Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl 111 und Intelligenz
4.5.	Symptomwahrnehmung bei psychiatri- 112 schen Patienten
4.6.	Therapiebereitschaft bei psychiatri- 115 schen Patienten
4.7.	Einstellung zur Fremdbeurteilung bei 119 psychiatrischen Erkrankungen

	Seite
4.8. Krankheitsmodelle bei psychiatrischen Erkrankungen	121
4.9. Krankheitsgefühl bei psychiatrischen Patienten	124 .
4.10. Die Faktoren der Patienteneinstellung zur Erkrankung	124
Literaturverzeichnis	131
Anhang	143

1. EINLEITUNG

1.1. Geschichtlicher Überblick

Klinische Untersuchungen über Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl psychiatrischer Patienten gibt es nur wenige. Es wurden bisher hauptsächlich die Einstellung der Gesellschaft bzw. verschiedener Gesellschaftsgruppen (Laien, Fachleute, Ober-, Mittel- und Unterschicht) zu psychischen Erkrankungen allgemein, zu Patienten mit spezifischen psychiatrischen Erkrankungen, zu psychiatrischen Therapieinstitutionen und -programmen und sich hieraus ergebende Konsequenzen untersucht (CUMMING and CUMMING (1957), HOLLINGSHEAD and REDLICH (1958), WHATLEY (1958-59), NUNALLY (1961), PHILLIPS (1963), JOHANNSEN (1969), TRINGO (1970), FARINA et al. (1971), LEVINE (1972), CROCETTI et al. (1974), FELDMANN (1975), MORRISON (1976), BOWEN et al. (1978), BROCKMAN and D'ARCY (1978), DISTEFANO et al. (1978), FARINA et al. (1978), JALALI et al. (1978), KOUTRELAKOS et al. (1978), ERINOSHIO and AYONRINDE (1978), TRUTE and LOEWEN (1978), UMBENHAUER and DE WITTE (1978), FISCHER and FARINA (1979), KAHN et al. (1979), TAYLOR et al. (1979)).

Ohne genaue Differenzierung zwischen den verschiedenen Syndrom- und Diagnosegruppen berichten VON KNORRING, PERRIS and STANDMAN (1977) über Symptomwahrnehmung psychiatrischer Patienten. WEISSMAN and BOTHWELL (1976) finden eine gute Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilung bei depressiven Patienten. KENNARD (1978) stellt insbesondere für den therapeutischen Verlauf die Begriffe des Krankheitsgefühls versus Wohlbefindens heraus. Spezielle Hinweise hinsichtlich Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl finden sich unter 1.3..

1.2. Begriffsdefinitionen

1.2.1. Geisteskrankheit

SCHNEIDER (1952) hebt hervor, daß der Satz "Geisteskrankheiten sind Krankheiten des Gehirns" seit über einem Jahrhundert gilt. Er unterscheidet einen medizinischen von einem psychiatrischen Krankheitsbegriff einerseits und trennt andererseits Geisteskrankheit von seelischer Abnormität. Krankhaft ist seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist und zusätzlich zu mangelndem Wohlbefinden führt oder mit einem lebensbedrohlichen Zustand einhergeht.

In der modernen Psychiatrie wurde der Krankheitsbegriff erheblich erweitert. Eine moderne Definition von Geisteskrankheit gibt MITSCHERLICH (1967): Geisteskrankheit bedeutet subjektive und/oder objektive Hilfsbedürftigkeit des Patienten mit oder ohne sein Wissen, die sich äußert als Störung seelischer Ordnungen und die Notwendigkeit ärztlicher und gesellschaftlicher Betreuung nach sich zieht.

1.2.2. Psychose

Im allgemeinen werden zu den Psychosen psychiatrische Erkrankungen gerechnet, bei denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, daß dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Es handelt sich um keinen exakten oder genau definierten Begriff (ICD, 9, Revision, 1980). Man unterscheidet organische (körperlich begründbare, exogene, symptomatische) Psychosen mit akuten (akuter exogener Reaktionstyp) und chronisch-irreversible Formen (Psychoorganisches Syndrom) von den sogenannten endogenen Psychosen (Schizophrenien, Manisch-depressive Erkrankung). Eine sichere Unterscheidung von exogenen und endogenen Psychosen nur durch den psychopathologischen

Befund ist nicht möglich; trotzdem sprechen insbesondere eine Bewußtseinsstörung (quantitativer oder qualitativer Art), Orientierungsstörungen sowie Störungen der Gedächtnisfunktion zusammen mit belangvollen somatopathologischen Befunden für eine exogene Psychose. Gegenüber den Neurosen wird die Psychose im allgemeinen als die schwerere Störung angesehen.

1.2.3. Neurose - Persönlichkeitsstörung

Neurosen sind psychische Störungen ohne nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt (ICD, 9. Rev., 1980).

Es handelt sich hierbei um Störungen, bei denen eine Verstehbarkeit der Symptomatik und ihres Auftretens vor dem Hintergrund der inneren Lebensgeschichte gegeben ist. Die Störungen können durch charakteristische Versuchungs- und Versagungssituationen ausgelöst werden (BRÄUTIGAM, 1978). Bei den Symptomneurosen treten charakteristische Symptome wie Angst, Zwang, Phobie, hysterisches Verhalten und Depression auf. Die Persönlichkeitsstörungen, die üblicherweise mit den Begriffen Charakterneurose, Kernneurose, abnorme Persönlichkeit und Psychopathie synonym bezeichnet werden (einige Autoren treffen jedoch hierunter Differenzierungen), umfassen Personen mit tief eingewurzeltem Fehlverhalten, wobei die Persönlichkeit entweder hinsichtlich der Ausgewogenheit ihrer Komponenten, deren Qualität und Ausdrucksform oder hinsichtlich des Gesamtbildes abnorm ist (ICD, 9. Rev., 1980). Ein eingeengtes Erleben und starres Handelnmüssen, das auf geringe Anlässe anspringt (Schwellensituationen), führen zum gesellschaftlich unangepaßten Verhalten, unter dem der Patient und/oder die Gesellschaft leidet (SCHNEIDER, 1950).

1.2.4. Krankheitseinsicht

Krankheitsbewußtsein (Krankheitsgefühl) nennt man diejenige Stellung des Kranken, in der wohl ein Gefühl von Kranksein, ein Gefühl von Veränderung zum Ausdruck kommt, ohne daß dieses Bewußtsein sich auf alle Krankheitssymptome und auf die Krankheit als Ganzes erstreckt und ohne daß das objektiv richtige Maß in der Beurteilung der Schwere der Krankheit, wie ein objektiv richtiges Urteil über die Art der Erkrankung, erreicht wurde. Nur wenn all dies der Fall ist, wenn alle einzelnen Krankheitssymptome die Krankheit als Ganzes ihrer Art und Schwere nach richtig beurteilt werden, sprechen wir von Krankheitseinsicht (JASPERS, 1953). WEITBRECHT (1972) definiert Krankheitseinsicht als Leiden des Patienten unter dem Zustand der Krankheit an sich - nicht etwa Leiden unter körperlicher und psychischer Symptomatik. Krankheitseinsicht bedingt Bereitschaft, den Arzt aufzusuchen und beeinflußt positiv die Einstellung zur Therapie. Unter Krankheitseinsicht beim seelisch kranken Menschen versteht Weitbrecht, daß dieser seine psychologischen Störungen selbst einigermaßen so beurteilt, wie dies der objektiv Zuschauende von außen her tut.

REDLICH and FREEDMAN(1970) machen die Abhängigkeit der individuellen Krankheitseinsicht von zahlreichen gesellschaftlichen Faktoren deutlich. Sie bezeichnen Krankheitseinsicht als eine Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Vorstellungen über die Ursache einer Krankheit bzw. eines mit Krankheitsgefühl verbundenen Zustandes.

1.2.5. Krankheitsgefühl

Der Patient gibt spontan oder auf Befragen an, ob er sich krank fühle, oder ein Krankheitsgefühl ist aus seinem Verhalten abzulesen (z.B. Aufsuchen des Arztes). Eine Unterscheidung zwischen dem Gefühl, körperlich oder seelisch krank zu sein, ist nicht zweckmäßig (AMP, 3.Aufl., 1979).

1.2.6. Krankheitsmodell

Unter Krankheitsmodell versteht man eine Theorie über das Gefüge der verschiedenen Entstehungsbedingungen und Ursachen für Krankheit. Neben der Unterscheidung von medizinischem Krankheitsmodell (Typ Organläsion) und psychologisch-statistischem Modell (Typ Abweichung vom Normwert) finden wir bei verschiedenen Autoren weitere Aspekte. ROTHSCHUH (1972) unterscheidet:

- a) Metaphysisches Krankheitsmodell (Krankheit als Prüfung, Strafe, Schicksal)
- b) Philosophisch-spekulatives Krankheitsmodell (axiomatische Statements, deduktive Ableitung)
- c) Naturalistisches Krankheitsmodell:
 - 1) Ontologisch (Krankheit als Wesen in sich)
 - 2) Funktionell-strukturell (Krankheit als fehlerhafte Struktur, Funktion, Regelung oder variable Reaktionsweise)
- d) Psychosomatische Krankheitsmodelle (gestörte Einheit Leib-Seele, Krankheit durch Verdrängung, durch nicht gelebte Emotionen oder durch Verlust persönlicher Responsität, Krankheit als Wunsch der Seele, Krankheit als verfehlter Lebenssinn)
- e) Sozial-juristisches Krankheitsmodell
- f) Transistivistisches Krankheitsmodell (Projektion der eigenen Krankheit auf die Umgebung).

LIPOWSKI (1970) zählt acht Arten der Krankheitswahrnehmung auf, denen unterschiedliche Denkmodelle zugrundeliegen: Krankheit als Herausforderung, als Feind, als Strafe, als Schwäche, als Entlastung, als zwischenmenschliche Strategie, als irreversibler Verlust oder Schaden sowie als Wert. Bezüglich der Krankheitsursachen unterscheidet NAIMAN (1980) monokausale Krankheitsmodelle (Typ Infektionskrankheit), multikausale Krankheitsmodelle und das Modell der allgemeinen Krankheitsanfälligkeit (Typ Stresskrankheit sowie soziosomatische Krankheiten).

Krankheitsmodelle scheinen außerdem u.a. vom sozialen (HOLLINGSHEAD and REDLICH, 1958) und beruflichen (MICKLIN and LEON, 1978) Status sowie vom kulturellen Hintergrund (JALALI et al., 1978; KOUTRELAKOS et al., 1978) abhängig zu sein.

1.3 Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern

Eine zusammenfassende Formulierung der Ansicht der meisten Autoren bezüglich Krankheitseinsicht von psychiatrischen Patienten finden wir bei REDLICH and FREEDMAN (1970). Sie sagen, daß Krankheitseinsicht bei Schizophrenen und endogen Depressiven in wechselndem Maße vorhanden ist, bei Manikern selten beobachtet wird und bei Symptomneurosen im allgemeinen stärker ausgeprägt ist als bei Charakterneurosen. Auch das Krankheitsgefühl variiert bei den verschiedenen Diagnosen. Im einzelnen finden sich folgende Beschreibungen und Einschätzungen:

JASPERS (1953) weist darauf hin, daß für alle organische Demenzen der höheren Grade der Mangel an Krankheitseinsicht charakteristisch ist.

Für die endogene Manie gilt nach WEITBRECHT (1963) sowie nach MAYER-GROSS (1960), daß eine Krankheitseinsicht sowohl in der Krankheitsphase als auch in der Remissionsphase fehlt. Es wird mitunter, wenn nicht allzuviel Unheil angerichtet wurde, mit einer gewissen Sehnsucht an die manische Phase gedacht, die oft als "das eigentliche Ich" interpretiert wird. Eine Krankheitseinsicht wird nach Genesung eher unwillig vom Verstand her geleistet, als vom Gefühl. Auch BUMKE (1942) bescheinigt Manikern das Fehlen von Krankheitseinsicht nach Abklingen ihrer manischen Zustände. Manische Zustände werden vielfach auch nach dem Abklingen als "normal" empfunden, oder auf das angeblich unzweckmäßige Verhalten der Umgebung zurückgeführt. BECKER (1908) meint dagegen, daß bei leichten

Graden der Manie, bei denen das Bewußtsein und die Denkfähigkeit völlig erhalten ist, eine gewisse Krankheitseinsicht bestehen kann. Krankheitsgefühl bei der Manie wird bei den meisten Autoren nahezu ausnahmslos vermißt. Es sei denn, als Irritabilität, Nervosität und Schlafstörungen (MAYER-GROSS, 1960) oder als "gehetzt sein" (WEITBRECHT, 1963) empfunden, was wahrscheinlich auf einer gewissen Anlage beruhe.

WEITBRECHT (1972) unterscheidet bei endogenen Depressionen zwei gegensätzliche Gruppen: Eine Gruppe mit und eine Gruppe ohne Krankheitseinsicht. Bei vorhandener Krankheitseinsicht wird oft über Freudlosigkeit, Schwermut, leibliche Mißempfindungen usw. geklagt. Der Wunsch nach Behandlung wird gehegt. Hier kann die Depression selbst eine gültige Krankheitseinsicht mit sich bringen, obwohl gleichzeitig die Gefahr besteht, daß die Selbstbeurteilung von dem Affekt der Schwermut überflutet wird. Es sind sowohl Kranke, die schon frühere Phasen der Cyklothymie erlebt haben, als auch ernsthaft Erkrankte zur kritischen Beurteilung des eigenen psychotischen Seelenzustandes fähig. Bei der anderen Gruppe fehlt vollkommen die Einsicht in das eigene Kranksein. Diese Patienten gehen völlig in ihren wahnhaften Ängsten und Schuldgefühlen auf. Dies ist umso eher der Fall, als die Ich-nahen Ängste statt vitale Traurigkeit und Hemmung in den Vordergrund rücken. Nach der Genesung besteht bei beiden Gruppen für die Krankheitsphase meistens volle Krankheitseinsicht. Auch für das Krankheitsgefühl läßt sich ein Antagonismus zum Auftreten wahnhafter Schuld- und Angstgefühle erkennen. Patienten mit starken Schuldgefühlen leiden nicht unter dem Zustand selbst, sondern unter den Inhalten ihrer Schuldgedanken. BECKER (1908) sagt, daß der Melancholiker bei leichten Graden der Krankheit - solange die Denkfähigkeit erhalten ist - sein ständiges Unlustgefühl als krankhaft und wider-natürlich empfindet. KOLLE (1967) bescheinigt depressiv Kranken ein schweres Krankheitsgefühl, das sich jedoch

wiederum auf somatische Beschwerden wie Schlaf- und Appetitlosigkeit, Verstopfung etc. bezieht. Typisch sind Tagesschwankungen in dem Sinne, daß Kranke sich morgens schlecht und abends besser fühlen.

Bei Schizophrenen fehlt im allgemeinen das Krankheitsbewußtsein. Sie halten ihre psychischen Veränderungen nicht für krankhaft bzw. sind nicht in der Lage, ihre Krankheitserscheinungen überhaupt als solche realitätsgerecht zu erkennen. Das gilt jedoch nicht ausnahmslos für alle Stadien der Krankheit. Krankheitseinsicht kann, zumindest teilweise oder auch nur vorübergehend, im Beginn der Schizophrenie, im Abklingen des schizophrenen Schubs und nach einer Remission auftreten (SCHULTE, TÖLLE, 1979). LUNGMAHN (1968) weist darauf hin, daß intelligente, junge Schizophrenie eine oft erstaunlich gute Krankheitseinsicht haben, die oft mit erhöhtem Suizidrisiko einhergeht. BUMKE (1942) räumt ein, daß schizophrene Patienten oft eine deutliche Empfindung für Veränderungen ihres Wesens haben. Äußerungen wie "ich bin total verrückt", "ich leide an Verfolgungswahn" oder "ein Teil meiner Persönlichkeit glaubt an die Erkrankung, der andere nicht", weisen, wenn nicht auf echte Krankheitseinsicht, so zumindest auf doppelte Buchführung hin. Einig ist man darüber, daß der paranoide Schizophrene keine Einsicht in das Krankhafte seines Erlebens hat. Der Paranoiker verlangt danach, daß der Arzt sich seine paranoiden Gedankengänge zu eigen macht; fühlt sich der Patient als Geisteskranker behandelt, so glaubt er sich nicht ernst genommen (BINSWANGER, 1949). SULLIVAN (1947) sagt: "The experience of hallucinosis is imaginarily deeply disturbing. In Patients who have suffered auditory hallucination for years, the "voices" may become commonplaces of life, of about the same importance as ordinary conversation". Der Paranoiker verschafft sich sein eigenes Krankheitsmodell, indem er plötzlich "erkennt", daß alles das Werk von anderen ist. Dies geschieht auf Kosten von sowohl Krankheitseinsicht als auch Krankheitsgefühl.

Hinsichtlich Neurosen und Persönlichkeitsstörungen finden sich bei den genannten Autoren keine differenzierenden Ausführungen über die unterschiedlichen Grade von Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl, wenn man von der generellen klinischen Einschätzung absieht, daß Neurose-Patienten insgesamt mehr Krankheitseinsicht und auch Krankheitsgefühl als Psychose-Patienten haben. Dabei wird mit Krankheitseinsicht des Neurotikers natürlich nicht gefordert, daß er seine spezifischen (unbewußten) Konflikte kennt und benennen kann. REDLICH and FREEDMAN schätzen die Krankheitseinsicht bei Neurosekranken mit hysterischer Symptomatik (wechselnde Ich-Identität) geringer ein als bei Patienten mit Zwangssymptomatik (starre Ich-Identität) und zeigen damit die Beziehung zu Persönlichkeitsfaktoren: Hierzu finden wir auch bei McGLASHAN et al. (1976) am Beispiel der Schizophrenie einen Hinweis: Als 2 Haupttypen der Auseinandersetzung mit der Psychose nennen die Autoren den integrierenden Typus und den überbrückenden Typus. Jeder Typ setzt sich unterschiedlich mit der Psychose auseinander, sowohl in der Krankheits- als auch in der Remissionsphase. Der integrierende Typ verschließt sich nicht dem stattgehabten psychotischen Erlebnis und ist bemüht, es in einem Persönlichkeitszusammenhang zu sehen. Der überbrückende Typ dagegen zieht es vor, in der Remissionsphase über die psychotischen Veränderungen nicht nachzudenken. Als zusätzliche Determinante für Krankheitseinsicht führen REDLICH and FREEDMAN Krankheitsgewinn : Krankheitsgewinn steht Krankheitseinsicht entgegen, da das Symptom "für den Kranken wirkt".

1.4. Fragestellung der Studie

Es wird versucht den Merkmalkomplex Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl in seinen verschiedenen Dimensionen zu erfassen sowie die Zusammenhänge mit Syndromatik und Diagnose der psychiatrischen Erkrankung, Schweregrad

der Erkrankung, objektiver ärztlicher Beurteilung über Krankheitseinsicht und -gefühl, Hospitalisationsdauer, Intelligenz und Persönlichkeitsfaktoren aufzuzeigen.

2. MATERIAL UND METHODEN

2.1. Testinstrumente

2.1.1. Bogen für den behandelnden Arzt

Auf diesem Fragebogen erscheinen außer Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten das psychopathologische Syndrom und die Behandlungsdiagnose sowie die Angabe, wie leicht bzw. schwer die diagnostische Zuordnung gelingt. Außerdem nimmt der Arzt zur Krankheitseinsicht und zum Krankheitsgefühl des Patienten Stellung. Ferner wird der Schweregrad der Erkrankung und die Anzahl sowie die Gesamtdauer früherer stationärer Aufenthalte vom Arzt angegeben. Durch eine zusätzliche Eintragung wurde für jeden Patienten die gegenwärtige Medikation erfaßt und für die statistischen Berechnungen nach dem Schema im Anhang bezüglich Dosierung skaliert (S.152).

2.1.2. Patienten-Fragebogen

Für unsere Studie haben wir einen Fragebogen verwendet. Die Fragen sind in der Ich-Form abgefaßt, Antwortkategorien sind Alternativantworten (stimmt/stimmt nicht); abgestufte Antworten sowie multiple-choice-Antworten (s. Anhang). Die Fragen (items) setzen sich aus folgenden Bereichen zusammen:

1. Items zur Erfassung von Symptomwahrnehmung
2. Items zur Erfassung von Therapiebereitschaft
3. Items zur Erfassung von Bereitschaft zur Annahme von Fremdbeurteilung
4. Items zur Erfassung des Krankheitsmodells
5. Items zur Erfassung des Krankheitsgefühls.

Ad 1: Symptomwahrnehmung berücksichtigt Veränderungen, Störungen und Beschwerden körperlicher oder psychischer Natur, die vom Patienten selbst registriert werden. Items,

die eine indirekte Wahrnehmung durch Reaktionen aus der Umgebung erfassen, sind auch berücksichtigt.

Ad 2: Die Bereitschaft zur Therapie berücksichtigt die allgemeine Bereitschaft zum stationären Aufenthalt, ferner die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme und die Einstellung zum behandelnden Arzt. Außerdem sind unter dem Aspekt Therapiebereitschaft auch solche Items subsummiert, die die Vorstellungen des Patienten über die ihm nützende Therapie widerspiegeln. Letzterer Aspekt leitet bereits zu den Krankheitsmodellen über, die der Patient hat (s. unten).

Ad 3: Die Bereitschaft zur Annahme von Fremdbeurteilung besagt, in welchem Umfang der Patient eine Beurteilung seines Zustandes akzeptiert und von wem ("vom Arzt", "von Menschen, die mich gut kennen", "von Fremden" und "von keinem"). Es sind auch solche Items vorhanden, die mit Fremdbeurteilung im weiteren Sinne zu tun haben, indem bei diesen Items der Wunsch des Patienten nach positiver Fremdbeurteilung bzw. das Verbergen von eigenen Problemen erfaßt wird.

Ad 4: Wir haben medizinische, genetische, psychosoziale und methaphysische Krankheitsmodelle berücksichtigt. Im einzelnen:

- A) Krankheit körperlich bedingt
- B) Krankheit seelisch bedingt
- C) Krankheit durch Veranlagung
- D) Krankheit aufgrund persönlicher Probleme
- E) Krankheit durch unvernünftige und unsolide Lebensführung
- F) Krankheit aufgrund der Lebensumstände und äußeren Einflüsse
- G) Krankheit als Strafe bzw. Prüfung.

Ad 5: Wir haben zur Erfassung des Krankheitsgefühls ein Item verwendet, das als Antwort eine gestufte Skala von 0 bis 6 beinhaltet (0 = gesund und 6 = sehr krank).

Der Fragebogen enthält weiter die aus dem MMPI-Test entnommenen Items der L- und K-Skala (Beschreibung siehe unten). Anhand der später erhobenen Korrelation zwischen L- und K-Skala aus dem MMPI und dem Patientenfragebogen läßt sich die Zuverlässigkeit des Patientenratings abschätzen.

Zur Vermeidung von Antworttendenzen sind die Items so formuliert, daß die relevante psychopathologische Richtung in gleicher Häufigkeit durch Zustimmung oder Ablehnung erfaßt wird.

In einer Pilotstudie wurden 15 Patienten eine vorläufige Form des Fragebogens vorgelegt. Die sich dabei als schwierig oder mißverständlich erweisenden Items wurden verbessert bzw. ergänzt. Der revidierte Fragebogen erwies sich in einer zweiten Pilotstudie bei 10 Patienten in allen Fragen und Antworten als klar und verständlich.

2.1.3. Der MMPI-Test (Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory)

Es handelt sich um einen multidimensionalen Persönlichkeitstest in Fragebogentechnik, der insbesondere zur Differenzierung klinischer Syndromatik geeignet ist. Möglich sind jeweils nur 2 Antworten, nämlich ob eine Feststellung richtig oder falsch ist. Die Antworten werden mit Hilfe eines Auswertungsschlüssels nach 4 Validitätsskalen und 10 klinischen Skalen ausgezählt. Die Validitätsskalen schränken bei hohen Punktwerten ($T\text{-Wert} \geq 70$) die Gültigkeit des Gesamtprofiles ein. Es handelt sich im einzelnen um:

? - Wert: Der ?-Wert wird durch Auszählen der nicht-beantworteten Items auf dem Antwortblatt berechnet.

F - Wert: Der F-Wert ist erhöht bei unsorgfältigem und irrelevantem Antwortverhalten oder auch bei einer Tendenz, sich kränker darzustellen.

L - Wert (Lügenwert): Die L-Skala erlaubt eine Messung des Grades, in dem eine Versuchsperson ihre Antworten dadurch zu verfälschen versucht, daß sie stets die Antworten auswählt, die sie in ein günstiges Licht setzen. Sie kann somit eine gewisse Abwehrhaltung des Probanden anzeigen. Gelegentlich finden sich mäßige Erhöhungen des L-Wertes bei ungebildeten und unreifen Persönlichkeiten, obwohl sie den Test mehr oder weniger gewissenhaft ausgefüllt haben.

K - Wert: Ein hoher K-Wert zeigt eine Abwehrhaltung gegenüber seelischer Schwächen, die bis zur absichtlichen Entstellung der Antworten mit der Absicht, einen "normalen" Eindruck zu erwecken, gehen kann. Bestimmte Prozentsätze des K-Wertes werden deshalb als Korrekturwert bei den klinischen Dimensionen Hd, Pp, Pt, Sc und Ma hinzugezählt.

Die klinischen Skalen:

Hypochondrie-Skala (Hd): Sie mißt den Grad, in dem sich die Versuchsperson mit den Körperfunktionen in abnormer Weise beschäftigt und Besorgnis über sie zeigt. Psychotherapeutische Behandlung kann oft zur Verringerung eines ursprünglich hohen Wertes führen, die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur wird sich jedoch kaum ändern.

Depressions-Skala (D): Sie erfaßt zusammen mit der Hypochondrie- und Hysterieskala vor allem neurotische Personen, die nicht in ärztlicher Behandlung sind und mißt die Stärke verschiedener depressiver Syndrome.

Hysterie-Skala (Hy): Sie beschreibt das Ausmaß konversions-hysterischer Syndrome.

Psychopathie-Skala (Pp): Sie mißt den Mangel an gefühlshaftem Reagieren, die Unfähigkeit, aus Erfahrung zu lernen und die Mißachtung sozialer Sitten und Gebräuche.

Maskulin-Feminin-Skala (MF): Hohe Werte zeigen eine Abweichung der grundlegenden Interessenverteilung in Richtung auf die Interessen des anderen Geschlechts.

Paranoia-Skala (Pa): Sie mißt das Ausmaß an Argwohn, Sensibilität und Verfolgungsideen.

Psychasthenie-Skala (Pt): Sie mißt die Ähnlichkeit der Versuchsperson mit psychiatrischen Patienten, die unter Zwangsverhalten und Phobien leiden.

Schizoidie-Skala (Sc): Sie erfaßt realitätsfremdes, introvertiertes, bizarres Denken und Verhalten.

Hypomanie-Skala (Ma): Sie mißt den Persönlichkeitsfaktor, der für Personen mit deutlicher Überproduktivität im Denken und Handeln charakteristisch ist.

Soziale Introversions-Skala (Si): Sie mißt die Tendenzen, sich von anderen zurückzuziehen.

2.1.4. Der Wortschatz-Test

Der Wortschatztest ist einer der 11 Untertests des BAWLE-Tests. Er besteht aus 40 Wörtern, deren Bedeutung abgefragt wird. Der Test mißt die verbale Ausdrucksfähigkeit und Vertrautheit mit z. T. schwierigen Wörtern und ist somit stark bildungsabhängig.

Die Korrelation zwischen dem aus dem Wortschatztest und dem aus dem Gesamtest errechneten IQ liegt bei ,89, so daß man durch diesen Untertest eine gute Schätzung für den IQ bekommt (DAHL, 1968).

2.2. Patientenstichprobe

Die Gesamtstichprobe bestand aus 500 stationär behandelten Patienten im Alter zwischen 15 und 80 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 38,5 Jahren. Sie war in zwei Stichproben zu je 250 Patienten aufgeteilt, wobei bei der Stichprobe I ein Quoten-Sample für die Diagnosen, bei der Stichprobe II ein Quoten-Sample für die Syndrome festgelegt wurde. Somit sind in der Gesamtstichprobe von 500 Patienten sowohl die Quoten für Syndrome als auch für Diagnosen erfüllt und durch zusätzliche Fälle überschritten. Es waren 44 % Männer und 56 % Frauen. Das Kollektiv stammte aus der psychiatrischen Universitätsklinik München, dem neurologischen Krankenhaus München [Schwabing und dem Bezirkskrankenhaus München-Haar. Weitere Angaben zur Gesamtstichprobe finden sich in Tabelle 1 im Anhang.

Der oben beschriebene Patienten-Fragebogen wurde in Stichprobe I verwandt. In Stichprobe II wurde ein Fragebogen gegeben, der in 93 Items mit ersterem identisch war, jedoch nicht die Items der L- und K-Skala des MMPI enthielt und dafür zusätzliche Items der Symptomwahrnehmung aufführte.

Die Diagnosen lauteten:

	<u>ILD-Nr.</u>	<u>Fallzahl</u>
Endogene Manie	296.0/296.2	38
Endogene Depression	296.1/296.3	117
Schizoaffective Psychose	295.7	42
Schizophrenie	295.1-4/295.6	90
Organisches Psycho- syndrom bei cerebral- organischen Erkrankungen	310	54
Neurosen/Persönlich- keitsstörung	300.0-8/301.0-8	122
Andere Diagnosen		37

Die Syndrome lauteten:

	<u>Fallzahl</u>
Depressives Syndrom	87
Ängstlich-depressives Syndrom	42
Gehemmt-depressives Syndrom	35
Agitiert-depressives Syndrom	24
Paranoid-depressives Syndrom	26
Paranoides Syndrom	46
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	43
Organisches Psychosyndrom	50
Hypochondrisches Syndrom	35
Denkstörungen	26
Manisches Syndrom	47
Katatones Syndrom	13
Andere Syndrome (größtenteils Zwangssyndrome)	26

Neben der Erfüllung der auf Syndrome und Diagnosen bezogenen Quoten galten folgende Richtlinien:

1. Die Patienten sollten ein ausgeprägtes, möglichst florides Krankheitsbild besitzen.
2. Sie sollten möglichst bald nach der stationären Aufnahme getestet werden.
3. Suchterkrankungen waren ausgeschlossen.
4. Voraussetzung für die Studie war die freiwillige Mitarbeit der Patienten und die Fähigkeit, die vorgelegten Fragebögen auszufüllen.

2.3. Zeitplan der Untersuchung

Etwa 1 Woche nach der Klinikaufnahme wurden die Patienten vom Untersucher auf ihren Stationen aufgesucht und in einem persönlichen Gespräch über die Art und Zielsetzung der Studie informiert. Allen Patienten wurde dabei auch im Fragebogen aufgeführte Passus gesagt, daß die Erfassung ihrer Einstellung auf die jetzige Behandlung und stationäre Aufnahme keinen Einfluß habe. Zeigten sich die Patienten

dann zur Mitarbeit bereit, wurde ihnen der Fragebogen vorgelegt.

Soweit möglich, füllten die Patienten den Fragebogen selbständig aus. Die Fragebögen wurden wenige Tage danach wieder eingesammelt. Nur bei wenigen Patienten war zum Ausfüllen des Fragebogens die Anwesenheit des Untersuchers erforderlich. Dann wurden die Fragen mündlich vorgetragen und die Antworten gleich in den Bogen eingetragen.

Am gleichen Tag oder wenige Tage später wurde der Wortschatztest durchgeführt. Dies erfolgte bei 88 Patienten nach Zufall. Im gleichen Zeitraum wurde vom behandelnden Arzt der Arztbogen ausgefüllt. Die Untersuchung mit dem MMPI erfolgte im Rahmen der Routineuntersuchungen und lag ebenfalls am Anfang des stationären Aufenthaltes. Die Studie erstreckte sich über den Zeitraum von Oktober 1976 bis März 1978.

2.4. Testbedingungen

Die Testbedingungen in unserer Studie waren nicht vollkommen standardisierbar. Das Ausfüllen des Fragebogens konnte in einem einheitlichen Raum nicht stattfinden, da es sich um stationäre Patienten verschiedener Kliniken handelte. Die Mitarbeit der Patienten war außerdem sehr unterschiedlich.

Etwa 70 % der Patienten haben nach dem informierenden Gespräch sich bereit erklärt, den Fragebogen auszufüllen. Von diesen Patienten haben wiederum nur etwa 60 % den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die übrigen hatten ihn nicht oder nur unvollständig ausgefüllt. Im ersten Fall hatten die Patienten sich inzwischen entschlossen, bei der Studie nicht mitzumachen oder sie hatten den Fragebogen einfach "vergessen". Dagegen bei den unvollständig ausgefüllten Fragebögen konnten die fehlenden Antworten durch nachträgliche Befragung ergänzt werden. So haben von den ursprünglich ausgewählten Patienten ca. 50 % einen

vollständig ausgefüllten Fragebogen abgeben können. Der Hauptgrund bei den zur Mitarbeit nicht motivierten Patienten schien die Länge des Fragebogens zu sein. Die Patienten füllen zwar sehr viel längere Tests wie den MMPI aus, tun dies jedoch im Rahmen der Klinikroutine und somit als vom behandelnden Arzt auferlegte Pflicht zum Zweck der Diagnostik und Therapie. Da in der vorliegenden Studie freiwillige Mitarbeit betont wurde, die keinen Einfluß auf Diagnostik oder Therapie haben sollte, lehnten die obengenannten Patienten die für sie überflüssig erscheinende Mehrarbeit ab.

Männer und Frauen haben hinsichtlich der Bereitschaft zur Mitarbeit kein unterschiedliches Verhalten gezeigt. Jüngere Patienten waren zur Mitarbeit meistens eher bereit als ältere Patienten. Hinsichtlich der verschiedenen Diagnosegruppen konnten wir feststellen, daß bei ausgeprägten depressiven Syndromen aber auch bei katatonen Syndromen am ehesten von der Untersuchung Abstand genommen wurde. Bei der Schizophrenie und auch bei manischen Syndromen bestand am ehesten die Neigung, auf der einen Seite sich zur Mitarbeit bereit zu erklären, auf der anderen Seite das Ausfüllen des Fragebogens durch einfaches "Vergessen" jedoch hinauszuschieben.

2.5. Ausfüllverhalten der Patienten

Bei der Durchsicht der Fragebögen fiel auf, daß die Items nicht nur durch Kreuze in den dafür vorgesehenen Kästchen beantwortet waren, sondern bisweilen auch durch Erläuterungen und Kommentare. Ausdrücke wie "manchmal", "unter Umständen", "könnte sein", "zum Teil", "jein", zeigen die Einstellung des Untersuchten, wenn ihm ein einfaches Antworten nicht möglich erscheint, oder die gegebene Antwort nicht die für ihn vollständig zutreffende Bedeutung bekommt. Andere Erläuterungen beleuchten und erklären die

gegebenen Antworten. Zum Beispiel "Trauerfall", "Unfall", "unter den gegebenen Umständen nicht anders möglich", "meine Mutter hat mich nie frei entscheiden lassen" oder bei der Antwort zu Item 53 e ("Operation"): "Daumen links".

Solchen Erläuterungen, die zur Präzisierung der gegebenen Antworten dienen, stehen Kommentare gegenüber, die das emotionale Angesprochenwerden der Patienten deutlich machen: Item 112: "(Ärzte)..." "sind auch Menschen, die fehlbar sind", oder beim gleichen Item der Kommentar: "sonst wäre ich schon längst entlassen". Item 25 (siehe Anhang): "Ich habe keine Beschwerden, außer, daß ich nicht mehr laufen kann". Item 64: "Am 26. Juni will ich endlich heim". Item 27: "Von euch akzeptiere ich keine Prüfungen". Item 65: "Ich brauche sehr viel frische Luft". Diese Arten von Kommentaren kamen nur bei den Gruppen der Schizophrenie und der endogenen Manie vor. Für diese zwei Diagnosegruppen charakteristisch waren auch unterstreichen- und wertende Kommentare wie "genau", "ganz klar", "vollkommen recht", "Blödsinn" oder "blöde Frage".

Die Frequenz der Erläuterungen und Kommentare war bei den verschiedenen Diagnosegruppen sehr unterschiedlich: In der Gruppe der endogenen Depression haben nur 7 % der Patienten zu den Items kurze Erläuterungen geschrieben. In der Gruppe des organischen Psychosyndroms gaben 20 % der Patienten teils längere, teils kürzere Erläuterungen. In der Gruppe der Neurose-Persönlichkeitsstörungen fanden sich ebenfalls bei 20 % der Patienten zum größten Teil kurze, stichwortartige Erläuterungen.

In der Gruppe der Schizophrenie war nicht nur die Frequenz der Kommentare höher, sondern nach Form und Inhalt auch vielfältiger. Außer Kommentaren fanden sich in fünf Fällen auch Zeichnungen sowie Kritzeleien auf Vorder- und Rückseite des Fragebogens: "Nicht für Gebrauch:

Polandzkie, Wilhelm, Bucher, Zitzer, Schreck und ähnlichem Dreck!" oder etwa "Sex" und "ich liebe dich". Mitunter zeigten die Kommentare in dieser Gruppe deutlich eine fehlende Krankheitseinsicht: Beispielsweise bei Item 18 (siehe Anhang): "Was soll ich ändern?" oder Item 110: "Ich habe keine Krankheit". Andere Kommentare waren etwa so formuliert: "Ich habe keine Schwierigkeiten" oder "ich habe keine Probleme".

Es tauchten hier auch Beispiele für schizophrene Denkstörungen auf: Bei Item 53: "Wenn + wo es möglich ist, das Gras automatisch füttern" oder bei Item 132: Die betreffende Patientin hat alle 3 Antwort-Möglichkeiten angekreuzt und schreibt dazu: "Weil neue geboren". Als Beispiel für Wortneubildungen finden sich Begriffe wie: "Routinegedanken und - sprechen" sowie "Bewußtseinverfälschung".

In der Gruppe der endogenen Manie fanden sich am häufigsten Kommentare. Auch hier ließen einige Kommentare auf fehlende Krankheitseinsicht schließen: Item 20 (Item aus der K-Skala des MMPI): "Meine Frau ist schuld, daß ich hier bin". Item 29: "Weil ich gesund bin und nicht krank". Item 114: "Ich habe das nicht nötig". Item 124: "Weil ich gesund bin", bzw. "weil ich durchblicke".

Hinweise auf vorhandene Krankheitseinsicht lassen sich jedoch auch hier finden, wenn auch in sehr geringem Ausmaß: Item 39: "und seelisch". Item 61: "Sehr". Auch solche Kommentare, die eine erhöhte Grundstimmung anzeigen, fanden sich hier: Item 102: "Nur besser". Item 111: Der betreffende Patient hat die Antwort-Alternative "schwer" angekreuzt und schreibt dazu "zu Gunsten". Item 115: "Viel besser". Item 130: "Bin ein Naturphänomen".

Bei dieser Gruppe war das Bild auch durch Unter- und Durchstreichungen sowie Frage- und Ausrufezeichen am vielfältigsten. Am Kopf des Fragebogens fanden sich in zwei Fällen "Mitteilungen" an den Untersucher: "...helfen Sie

mir, zu meinen Kleidern zu kommen und hier herauszukommen. Der liebe Gott und ich werde es Ihnen lohnen" und "Bitte helfen Sie mir, daß ich aus diesem Saftladen herauskomme; sobald wie möglich. Danke!" Es fanden sich hier auch Kommentare wie z.B.: "Diese Frage ist zu blöd, um sie zu beantworten" und "kein Kommentar".

Die Tendenz, ein Item mehrfach zu beantworten, war bei den Schizophrenen am größten, bei den Manien und den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen etwa gleich groß, beim organischen Psychosyndrom und bei der endogenen Depression am geringsten ausgeprägt. Es waren hauptsächlich die Items 49, 82, 101, 53 und 133, die doppelt oder mehrfach angekreuzt waren.

2.6. Statistische Methoden

Für die erhobenen Variablen der gesamten Stichprobe wurden als Basisstatistik die Häufigkeiten, Mittelwerte, Streuung und Varianzen erhoben, dies auch aufgegliedert für die verschiedenen Untergruppen (Syndrome / Diagnosen).

Die unterschiedlichen Syndrom- und Diagnoseklassen wurden auf der Ebene der Einzelitems des Patienten-Fragebogens mit Varianzanalysen auf signifikante Unterschiede untersucht. Es wurden mehrere Faktorenanalysen nach der Hauptachsenmethode gerechnet und nach Varimax orthogonal rotiert; die Kommunalitätenschätzung erfolgte dabei nach dem Iterationsverfahren.

Korrelative Zusammenhänge der Items des Patientenfragebogens untereinander sowie mit den Variablen des Arztbogens und mit den Persönlichkeits-Tests wurden in Korrelationstabellen (Produkt-Moment-Korrelation) erfaßt und auf Signifikanz geprüft.

3. ERGEBNISSE

3.1. Zuverlässigkeit der Patienten-Angaben im Fragebogen

In der L-Skala des MMPI, die mit ihren Items in dem Patientenfragebogen aufgenommen war, erreichten die Patienten der Stichprobe I (250 Patienten) einen T-Wert von 60.3. Dieser Lügenwert liegt damit über dem Mittelwert von T 50. überschreitet jedoch nicht einen T-Wert von 70. Es kann somit davon ausgegangen werden, daß keine erhöhte Tendenz, sich in der sozial wünschenswerten Richtung darzustellen, die übrigen Angaben im Patientenbogen verfälscht. Die Korrelation der ebenfalls im Patientenfragebogen aufgenommenen K-Skala-Items des MMPI mit dem Ergebnis, das die Patienten in der gleichen Skala beim Ausfüllen des MMPI (zu einem anderen Zeitpunkt) hatten, ergibt mit .66 eine Retestreliabilität wie sie von ROSEN (1973) mit .65 für die Retestung mit dem MMPI berichtet wird. Es kann damit auf eine gute Zuverlässigkeit der Patienten-Angaben geschlossen werden.

3.2. Ergebnisse der Angaben über die Patienten im ärztlichen Beurteilungsbogen

Es werden im folgenden nur Unterschiede auf 1 % oder 0,1 % Niveau beschrieben, die Tabellen und Abbildungen im Anhang zeigen auch Signifikanzen auf 5 % Niveau.

Die Tabelle 2 (S. 148) zeigt die Ergebnisse der Angaben über die Patienten im Bogen des behandelnden Arztes, aufgeschlüsselt für die verschiedenen Syndrome, Diagnosen und Zusammenfassungen von Krankheitsgruppen.

Alter der Patienten: Bei einem Gesamtmittelwert von 38,5 Jahren sind die Patienten mit depressiven Syndromen und mit endogener Depression älter, die Patienten mit katonischer Symptomatik jünger als der Gesamtdurchschnitt.

Neurose-Patienten sind im Durchschnitt 10 Jahre jünger als Psychose-Patienten.

Geschlecht: In Abweichung vom Verhältnis Frauen/Männer von 56 % / 44 % in der Gesamtstichprobe sind bei den Psychoorganikern mehr Männer (74 %), bei Patienten mit Denkstörungen sowie Patienten mit endogener Depression mehr Frauen vertreten (81 % bzw. 74 %).

Diagnostische Zuordnung: Die diagnostische Zuordnung, die in der Gesamtstichprobe als zwischen leicht und mittelschwer liegend bezeichnet wurde, war bei den psychoorganischen Patienten eher leichter, bei den hypochondrischen Syndromen eher etwas schwerer. Von den Diagnosen waren Manie und psychoorganische Erkrankungen leichter, "andere" Diagnosen schwerer zuzuordnen. Siehe auch BECK et al. (1962).

Anzahl und Gesamtdauer der stationären Behandlungen: Die Zahl der früheren stationären Aufnahmen lag bei gehemmt-depressiven und manischen Patienten höher als in der Gesamtstichprobe. Unter den Diagnosen lagen die schizoaffectiven Psychosen über, die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unter dem Gesamtdurchschnitt. Die Psychose-Patienten waren gegenüber den Neurose-Patienten häufiger in stationärer Behandlung gewesen.

Da die Gesamtdauer der stationären Behandlungen bei 130 Patienten vom behandelnden Arzt nicht dokumentiert war, wurde eine Aufschlüsselung nach Syndromen und Diagnosen der restlichen Fälle nicht durchgeführt.

Medikation: Die Gabe der Neuroleptika, Antidepressiva und Transquilizer war - wie zu erwarten - in den verschiedenen Syndrom- und Diagnosegruppen deutlich unterschiedlich und entsprach den klinischen Behandlungskonzepten (s. auch BENDER und SIEPMANN, 1980).

Die Abbildung 1 im Anhang (S.145) zeigt nebeneinander Schweregrad der Erkrankung und Krankheitseinsicht aus der Sicht des behandelnden Arztes: Schwerer als der Durch-

schnitt der Stichprobe wurden manisches und katatonisches Syndrom eingeschätzt, unter den Diagnosen wurden die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen als geringer schwer bewertet.

Die Krankheitseinsicht wird bei den depressiven Syndromen mit Ausnahme des paranoid-depressiven Syndroms als höher, beim paranoiden und beim manischen Syndrom als geringer eingestuft. Bei den Diagnosen wird der endogenen Depression und den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen mehr, der Manie und der Schizophrenie weniger Krankheitseinsicht bescheinigt. Es wird außerdem sichtbar, daß sich die Krankheitsgruppen stärker hinsichtlich Krankheitseinsicht als hinsichtlich Schweregrad der Erkrankung unterscheiden. Unterstellt man den beiden Skalen für Krankheitseinsicht und Schweregrad eine Intervall-Skalenqualität, so läßt sich auch für jedes Syndrom bzw. jede Diagnose die Differenz zwischen Krankheitseinsicht und Schweregrad bilden und als Rangreihe auflisten. Diese Rangreihe läßt Schlüsse über die Beziehung zwischen beiden Skalen zu.

Die Diskrepanz zwischen Krankheitseinsicht und Schweregrad ist bei den depressiven Syndromen eher gering und in positiver Richtung (d.h. Krankheitseinsicht größer als Schweregrad). Alle anderen Syndrome zeigen eine Diskrepanz mit negativem Vorzeichen (d.h. Schweregrad größer als Krankheitseinsicht), die besonders ausgeprägt ist beim paranoid-depressiven, beim manischen und beim katatonen Syndrom.

Bei den Diagnosen zeigen die endogene Depression und die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen eher geringe positive Diskrepanz (zugunsten der Krankheitseinsicht), alle anderen Diagnosen eine negative Diskrepanz, insbesondere die Manie und die Schizophrenie.

Die Abbildung 2 im Anhang (S. 146) zeigt die Darstellung von Krankheitseinsicht/-gefühl in der Patientenbeur-

teilung des Arztes einerseits und das subjektiv empfundene Krankheitsgefühl des Patienten andererseits.

Das Krankheitsgefühl des Patienten aus der Sicht des behandelnden Arztes wird bei den depressiven Syndromen (mit Ausnahme des paranoid-depressiven Syndroms) und beim hypochondrischen Syndrom höher, beim Syndrom der Denkstörungen und beim manischen Syndrom niedriger als im Gesamtdurchschnitt eingeschätzt. Bei den Diagnosen wird der endogenen Depression und den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen mehr, der Manie, der Schizophrenie und der schizoaffektiven Psychose weniger Krankheitsgefühl bescheinigt.

Das subjektive Krankheitsgefühl der Patienten folgt im wesentlichen dem Profil der ärztlichen Einschätzung (Korrelation . 44), liegt dabei zumeist numerisch etwas niedriger. Bei den depressiven Syndromen und dem hypochondrischen Syndrom sowie bei der endogenen Depression ist diese Diskrepanz am größten.

Beim Vergleich von Krankheitseinsicht und subjektivem Krankheitsgefühl in den verschiedenen Krankheitsklassen ist bei den depressiven Syndromen (mit Ausnahme des paranoid-depressiven Syndroms) und beim manischen Syndrom eine positive Diskrepanz zugunsten der Krankheitseinsicht zu sehen. Beim psychoorganischen Syndrom, bei Denkstörungen und beim katatonen Syndrom sind Krankheitseinsicht und subjektives Krankheitsgefühl numerisch gleich groß und bei den restlichen Syndromen besteht eine geringe negative Diskrepanz auf Kosten der Krankheitseinsicht. Bei den Diagnosen ist eine positive Diskrepanz zugunsten der Krankheitseinsicht bei der Manie, der endogenen Depression und den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen zu sehen. Die anderen Diagnosen haben eine gering ausgeprägte negative Diskrepanz zugunsten der Krankheitseinsicht.

Die korrelativen Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe zwischen den eben besprochenen Variablen zuzüglich Anzahl und Gesamtdauer der stationären Aufenthalte zeigt die folgende Tabelle:

	Arzt-Angaben					Patienten-Beurteilung	
	Schweregrad der Erkrankung	Krankheitseinsicht	Krankheitsgefühl	Anzahl stationärer Behandlungen	Gesamtdauer der Behandlungen	Krankheitsgefühl des Pat./subj.	
Schweregrad							
Krankheitseinsicht	-.18						
Krankheitsgefühl	.16	.46					
Anzahl stationärer Behandlungen	.10	.03	-.07				
Gesamtdauer der Behandlungen	.11	.09	.02	.48			
Krankheitsgefühl des Pat./subj.	.14	.30	.44	.01	.02		

Signifikanz auf 1 % Niveau ab .12

Wegen der Stichprobengröße von 500 Patienten sind schon Korrelationen ab .12 auf dem 1 %-Niveau signifikant. Wenn damit auch ein korrelativer Zusammenhang gesichert ist, so ist bei niedrigen Korrelationen (unter .30) der Aussagewert gering, da nur sehr wenig Co-Varianz durch die Korrelation erklärt wird.

Erwähnenswert ist der signifikante aber substantiell geringe negative Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Schweregrad der Erkrankung. Krankheitseinsicht korreliert mäßig hoch mit subjektivem Krankheitsgefühl und Ärztlicher Einschätzung des Krankheitsgefühls. Anzahl und Dauer der früheren Behandlungen haben keinen Einfluß auf Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl.

3.3. Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl und Intelligenz

Bei den 88 zufällig für die IQ-Schätzung gewählten Patienten entsprach der IQ mit einem Mittelwert von 98 dem Normalwert von 100 recht genau. Die folgende Tabelle zeigt die Zusammenhänge des IQ mit anderen Variablen. Substantiell sind die Korrelationen gering, sodaß der IQ wenig Einfluß auf Krankheitseinsicht und -gefühl ausübt:

Item	Korrelation mit IQ
18) Mein Zustand ändert sich doch nicht	-.20
24) Medikamente helfen gut	.20
53H) Am besten jetzt: mich zu- frieden zu lassen	-.20
72) Bekannte beurteilen mich zutreffend	.22
82E) Beurteilen kann ich mich am besten selbst	-.34
88) Wenn ich bloß so wie die anderen wäre	-.17
106) Bin unter starkem Protest gekommen	-.24
110) Habe mich mit meiner Krank- heit abgefunden	-.24
133C) Ich wäre jetzt am liebsten: in ambulanter Behandlung	.20
139) Fühle mich krank	-.22

Signifikanz auf 1 %-Niveau ab .28

Als Tendenz wird sichtbar, daß intelligentere Patienten wohl eher dazu neigen, sich weniger krank zu fühlen, andererseits bereit sind, von sich selbst abzusehen und Fremdbeurteilung anzunehmen sowie Behandlung zu akzeptieren.

3.4 Ergebnisse des Patienten-Fragebogens auf Einzelitemebene

Es werden im folgenden die varianzanalytisch erhobenen und als signifikant abgesicherten Mittelwertunterschiede der Fragebogenitems in den verschiedenen Syndrom- und Diagnoseklassen beschrieben.

In die Beschreibung gehen Signifikanzen ab dem 5%-Niveau ein (die Signifikanzen auf 5 %-, 1 %- und 0,1 %-Niveau sind in der Tabelle 4 im Anhang aufgeführt).

Es wird zuerst von den Items ausgegangen, wobei diese Items entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den 5 Bereichen, die bei der Konzeption des Fragebogens gewählt wurden, abgehandelt werden (s. S. 11). In der Folge wird von den Syndromen und Diagnosen ausgegangen. Die Behandlung der Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren (MMPI) erfolgt bei den Ergebnissen der Faktorenanalyse.

Es sei darauf hingewiesen, daß hier nur die 93 sog. Hauptitems, d.h. die Items, die bei beiden Stichproben vorhanden waren, beschrieben werden. Außerdem wird auf die Beschreibung einiger der Items verzichtet, die entweder hinsichtlich Syndromen und Diagnosen keine signifikanten Unterschiede ergaben, oder die sich im Nachhinein als schwer interpretierbar erwiesen, sodaß eine Beschreibung überflüssig erscheint. Die Ergebnisse sämtlicher Items finden sich in der Tabelle 4 im Anhang.

3.4.1. Symptomwahrnehmung

3.4.1.1. Beschreibung der Items

Seelisch bedingte Veränderungen und Störungen (Item 2a) werden in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 2. Patienten angegeben (Mittelwert 0,52).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich depressives Syndrom und organisches Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient gibt seelische Veränderungen und Störungen häufiger, der Psychoorganiker dagegen weniger häufig an. Damit unterscheiden sich depressive Syndrome (d.h. das depressive, das ängstlich-depressive, das gehemmt-depressive, das agitiert-depressive und das paranoid-depressive Syndrom) signifikant vom Rest (d.h. von den nicht-depressiven Patienten). Paranoide Syndrome (d.h. das paranoide, das paranoid-halluzinatorische sowie das paranoid-depressive Syndrom) unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest (d.h. von den nicht-paranoiden Patienten).

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich Neurosen/Persönlichkeitsstörungen und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte gibt seelische Veränderungen oder Störungen häufiger, der Psychoorganiker auch hier dagegen weniger häufig an. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich signifikant von Psychosen, bei denen seelische Veränderungen oder Störungen weniger häufig angegeben werden.

Körperlich bedingte Veränderungen oder Störungen (Item 2b) werden in der Gesamtstichprobe weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,19).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive

Syndrom, das organische Psychosyndrom, sowie das hypochondrische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Die beiden letztgenannten Syndromgruppen stellen häufiger körperliche Veränderungen oder Störungen fest, der depressive Patient stellt sie weniger häufig fest. Die zusammengefaßten depressiven Syndrome unterscheiden sich in gleicher Weise signifikant vom Rest. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sowie das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Auch in dieser Gruppe stellt der Psychoorganiker körperliche Störungen häufiger fest, der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte stellt sie weniger häufig fest. Bei Psychosen werden körperliche Veränderungen bzw. Störungen signifikant häufiger festgestellt als bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen.

Nervlich bedingte Veränderungen und Störungen (Item 2c)
werden in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 2. abgegeben (Mittelwert 0,48).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das agitiert-depressive Syndrom sowie "andere" Syndrome signifikant von der Gesamtstichprobe: Beim agitiert-depressiven Syndrom werden nervlich bedingte Veränderungen bzw. Störungen häufiger, bei "anderen" Syndromen dagegen weniger häufig angegeben. Bei depressiven Syndromen insgesamt werden nervliche Störungen signifikant häufiger im Vergleich zu den restlichen Patienten angegeben. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen Depressive stellt nervlich bedingte Veränderungen bzw. Störungen

gen häufiger fest, der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte dagegen weniger häufig. Bei Psychosen werden nervlich bedingte Veränderungen signifikant häufiger als bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen festgestellt.

Nur bei wenigen Patienten werden in der Gesamtstichprobe keine Veränderungen oder Störungen festgestellt (Item 2d, Mittelwert 0,13).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom und das katatone Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der Psychoorganiker als auch der katatone Patient stellen häufiger keinerlei Veränderungen oder Störungen fest. Depressive Syndrome zusammen lehnen es im Vergleich zum Rest signifikant häufiger ab, keine Störungen oder Veränderungen festgestellt zu haben. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie sowie die endogene Depression und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker und auch hier der Psychoorganiker stellen häufiger keinerlei Veränderungen bei sich fest, der endogen Depressive lehnt es häufiger ab, bei sich keine Veränderungen oder Störungen festgestellt zu haben. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Befinden wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig im Vergleich zu früher als unverändert bezeichnet (Item 83; Mittelwert 0,22).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive, das agitiert-depressive und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker gibt häufiger

an, sein Befinden sei im Vergleich zu früher verändert. Der Depressive bzw. der Agitiert-Depressive gibt dies weniger häufig an. Bei depressiven Syndromen zusammen wird im Vergleich zum Rest das Befinden signifikant weniger häufig als unverändert bezeichnet. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich endogene Manie, die endogene Depression sowie die schizoaffektive Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker und der schizoaffektive Psychotiker geben häufiger an, ihr Befinden sei im Vergleich zu früher unverändert. Der endogen Depressive gibt dies weniger häufig an. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Denken wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig im Vergleich zu früher als unverändert bezeichnet (Item 115; Mittelwert 0,73).

Dieses Item wird in der Syndromgruppe einheitlich beantwortet, es finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Auch in der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Seelische Beschwerden werden in der Gesamtstichprobe häufig angegeben (Item 93; Mittelwert 0,69).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive Syndrom, das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Beim depressiven Syndrom werden seelische Beschwerden häufiger angegeben, beim organischen Psychosyndrom und manischen Syndrom dagegen weniger häufig. Bei depressiven Syndromen

zusammen werden im Vergleich zum Rest seelische Beschwerden signifikant häufiger angegeben. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression, das organische Psychosyndrom und die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der endogen Depressive als auch der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte geben seelische Beschwerden häufiger an, der Psychoorganiker gibt sie auch in der Diagnosegruppe dagegen weniger häufig an. Bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen werden seelische Beschwerden signifikant häufiger angegeben als bei Psychosen.

Ein indirekte Symptomwahrnehmung, d.h., der Kranke stellt Veränderungen bei sich nur dann fest, wenn ihn andere Leute darauf aufmerksam machen, wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig angegeben (Item 52; Mittelwert 0,24).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das ängstlich-depressive Syndrom sowie Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der ängstlich-depressive Patient stellt Veränderungen bei sich weniger häufig nur dann fest, wenn ihn andere Leute darauf aufmerksam machen. Umgekehrt gibt der denkgestörte Patient häufiger an, Veränderungen bei sich nur dann festzustellen, wenn ihn andere Leute darauf aufmerksam machen. Depressive Syndrome zusammen sowie paranoide Syndrome zusammen unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte gibt seltener an, Veränderungen bei sich nur dann festzustellen, wenn ihn andere Leute darauf aufmerksam machen. Psychosen geben im Vergleich zu Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signi-

fikant häufiger an, Veränderungen nur dann festzustellen, wenn andere Leute sie darauf aufmerksam machen.

3.4.1.2. Syndrom- und Diagnosenbeschreibung hinsichtlich Symptomwahrnehmung

Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich bei folgenden Items signifikant von den nicht-depressiven Patienten: Seelisch wie nervlich bedingte Veränderungen oder Störungen werden häufiger angegeben (Item 2a, 2c). Körperliche Veränderungen oder Störungen werden ebenso wie "keine Veränderungen" weniger häufig angegeben (Item 2b, 2d). Das Befinden wird weniger häufig als unverändert angegeben (Item 83). Seelische Beschwerden werden häufiger angegeben (Item 93). Das agitiert-depressive Syndrom fällt dadurch auf, daß nervlich bedingte Veränderungen oder Störungen besonders häufig angegeben werden, und daß das Befinden besonders selten als unverändert angegeben wird. Das ängstlich-depressive Syndrom fällt dadurch auf, daß die Patienten besonders selten angeben, Veränderungen nur dann festzustellen, wenn sie andere Leute darauf aufmerksam machen.

Paranoide Syndrome unterscheiden sich bei keinem dieser Items signifikant vom Rest. Auch einzeln betrachtet unterscheiden sich das paranoide sowie das paranoid-halluzinatorische Syndrom nicht von der Gesamtstichprobe.

Beim organischen Psychosyndrom werden körperlich bedingte Veränderungen oder Störungen signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben. Ebenso wird signifikant häufiger angegeben, daß keine Störungen festgestellt wurden (Item 2b und 2d). Signifikant seltener werden seelisch bedingte Veränderungen oder Störungen sowie seelische Beschwerden angegeben (Item 2a und 93).

Beim hypochondrischen Syndrom findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich habe körperlich bedingte Veränderungen und Störungen entdeckt" (Item 2b).

Bei Denkstörungen findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich stelle Veränderungen bei mir nur dann fest, wenn mich die anderen Leute darauf aufmerksam machen" (Item 42).

Beim manischen Syndrom wird signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben, daß das Befinden im Vergleich zu früher unverändert sei (Item 83). Signifikant seltener werden seelische Beschwerden angegeben (Item 93).

Beim katatonen Syndrom findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich habe keine Störungen oder Veränderungen bei mir festgestellt" (Item 2d).

Bei "anderen" Syndromen werden nervlich bedingte Veränderungen signifikant seltener als in der Gesamtstichprobe angegeben (Item 2c).

Bei der endogenen Manie findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich habe keine Veränderungen bei mir entdeckt" (Item 2d). Auch in der Diagnosegruppe wird bei Manikern signifikant häufiger das Befinden als unverändert bezeichnet.

Bei der endogenen Depression werden nervlich bedingte Veränderungen oder Störungen signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben (Item 2c). Ebenso werden seelische Beschwerden signifikant häufiger angegeben (Item 93). Signifikant seltener wird das Befinden als unverändert bezeichnet (Item 83), ebenso wird signifikant seltener angegeben, daß keine Veränderungen entdeckt wurden (Item 2d).

Bei der schizoaffektiven Psychose wird das Befinden signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe im Vergleich zu früher als unverändert bezeichnet (Item 83).

Bei der Schizophrenie finden sich keinerlei signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

Beim organischen Psychosyndrom finden sich die gleichen signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe, wie in der Syndromgruppe (siehe oben).

Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen werden seelisch bedingte Veränderungen oder Störungen ebenso wie seelische Beschwerden signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben (Item 2a und 93). Dagegen werden körperlich bzw. nervlich bedingte Veränderungen oder Störungen signifikant seltener angegeben (Item 2b und 2c). Signifikant seltener findet sich die Angabe "ich stelle Veränderungen bei mir nur dann fest, wenn mich andere Leute darauf aufmerksam machen" (Item 52).

Bei "anderen Diagnosen" finden sich keinerlei Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

3.4.2. Therapiebereitschaft

3.4.2.1. Beschreibung der Items

3.4.2.1.1. Positive Behandlungsbereitschaft

Das Item 61 ("es war notwendig in die Behandlung zu kommen" siehe dazu auch Anhang) wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig bejaht (Mittelwert 0,88). Die meisten Patienten finden also, daß es notwendig war, in die Behandlung zu kommen.

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive und das manische Syndrom signifikant von der

Gesamtstichprobe: Beim gehemmt-depressiven Syndrom haben alle Patienten dieses Item positiv beantwortet, beim manischen Syndrom wurde dieses Item dagegen häufig abgelehnt. Depressive und paranoide Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression durch die noch häufigere Bejahung dieses Items signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 81 ("halte Behandlung für gut und mache selbst mit") wird ebenfalls in der Gesamtstichprobe sehr häufig bejaht (Mittelwert 0,83).

In der Syndromgruppe finden sich keinerlei signifikanten Unterschiede, paranoide sowie depressive Symptome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt häufiger an, daß die Behandlung gut sei und daß er mitmacht.

Das Item 84 ("die Behandlung ist hier eigentlich recht gut") korreliert signifikant positiv mit dem Item 81 ($r = + .47$) und wird ähnlich wie Item 81 in der Gesamtstichprobe sehr häufig bejaht. Signifikante Unterschiede in bezug auf Syndrome und Diagnosen sind nicht vorhanden.

Item 103 ("ich bin bereit, solange in der Klinik zu bleiben, wie es mir der Arzt vorschreibt") wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig bejaht (Mittelwert 0,76).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das organische

Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker gibt häufiger an, bereit zu sein, in der Klinik solange zu bleiben, wie es ihm der Arzt vorschreibt. Paranoide und depressive Symptome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 24 ("eigentlich helfen mir die Medikamente recht gut") wird in der Gesamtstichprobe häufig bejaht (Mittelwert 0,61).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das hypochondrische und das manische Syndrom sowie Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei Denkstörungen und beim manischen Syndrom werden Medikamente häufiger positiv beurteilt, während sie beim hypochondrischen Syndrom mehr abgelehnt werden. Paranoide und depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie sowie Neurosen/Persönlichkeitsstörungen von der Gesamtstichprobe: Der Maniker ist auch hier häufiger der Meinung, daß Medikamente gut helfen, während bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen Medikamente häufiger abgelehnt werden. Bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen werden Medikamente signifikant häufiger abgelehnt als bei Psychosen.

Das Item 58 ("ärztliche Gespräche sind möglicherweise für mich eine Hilfe") wird in der Gesamtstichprobe bei 90 % der Befragten bejaht (Mittelwert 0,90).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der

Psychoorganiker ist weniger häufig der Meinung, daß ärztliche Gespräche gut sein könnten (Mittelwert 0,82). Paranoide und depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression sowie das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient ist fast immer der Meinung, daß ärztliche Gespräche für ihn möglicherweise eine Hilfe wären (Mittelwert 0,97), während der Psychoorganiker dies weniger häufig meint (Mittelwert 0,78). Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

3.4.2.1.2. Fehlende Behandlungsbereitschaft und Ablehnung der Behandlung

Das Item 14 ("in der Klinik fehl am Platz") wird in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,24).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive und das manische Syndrom sowie Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei Denkstörungen und beim manischen Syndrom findet sich häufiger die Angabe "ich bin hier in der Klinik fehl am Platz", während der gehemmt-depressive Patient dies häufiger ablehnt. Insgesamt unterscheiden sich die depressiven Syndrome (durch die seltenere Angabe, in der Klinik fehl am Platz zu sein) signifikant vom Rest. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression sowie die schizoaffektive Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizoaffektive Psychotiker gibt häufiger an, in der Klinik fehl am Platz zu sein. Der Maniker sowie der endogen depressive

Patient unterscheiden sich entsprechend den Syndromen in der Syndromgruppe (s. o.). Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 30 ("Aufenthalt in der Klinik überflüssig") korreliert signifikant positiv mit dem Item 14 ($r = + .57$). Entsprechend wird dieses Item in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,23).

In der Syndromgruppe finden sich die gleichen signifikanten Unterschiede wie bei Item 14 (s. o.), d.h., der denkgestörte Patient wie der Maniker sind häufiger der Meinung, daß der Klinikaufenthalt überflüssig sei, während der gehemmt-depressive Patient entgegengesetzter Meinung ist. Die depressiven Syndrome zusammen geben signifikant seltener als der Rest an, daß der Aufenthalt überflüssig sei. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe finden sich die gleichen signifikanten Unterschiede wie bei Item 14 (s. o.). Der Maniker sowie der schizoaffektive Psychotiker sind häufiger der Meinung, daß der Klinikaufenthalt überflüssig sei, der endogen depressive Patient dagegen seltener.

Das Item 48 ("würde nicht, daß die Behandlung hilft") wird ebenso wie die beiden vorhergehenden Items in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,26).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das paranoid-depressive und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der paranoid-depressive Patient als auch der Maniker sind häufiger der Meinung, daß die Behandlung nicht helfen würde. Paranoide Syndrome insgesamt unterscheiden sich nicht vom Rest, depressive Syn-

drome zusammen ebenfalls nicht,

In der Diagnosegruppe finden sich keinerlei signifikanten Unterschiede. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Item 124 ("bestehe auf sofortiger Entlassung aus der Klinik") wird in der Gesamtstichprobe deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,15).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker besteht häufiger auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik. Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich signifikant vom Rest: Die depressiven Patienten bestehen seltener auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie und die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe: Auch hier besteht der Maniker häufiger, der endogen-depressive Patient seltener auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 36 ("hätte die Behandlung lieber aufschieben sollen") wird in der Gesamtstichprobe ebenfalls deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,13).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das ängstlich-depressive und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der ängstlich-depressive Patient ist seltener der Meinung, daß er die Behandlung lieber hätte aufschieben sollen, der Maniker dagegen häufiger. Paranoide sowie depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe. Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen besteht im Gegensatz zur endogenen Manie seltener die Ansicht, daß die Behandlung hätte aufgeschoben werden sollen. Die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich in diesem Sinne signifikant von den Psychosen.

Das Item 106 ("unter starkem Protest in die Behandlung gekommen") wird in der Gesamtstichprobe deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,20).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom, Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der denkgestörte Patient sowie der Maniker geben häufiger an, unter starkem Protest in die Behandlung gekommen zu sein. Der Psychoorganiker gibt dies seltener an. Paranoide und depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen, die schizoaffektive Psychose sowie das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizoaffektive Psychotiker gibt häufiger an, unter starkem Protest in die Behandlung gekommen zu sein. Sowohl bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen als auch beim organischen Psychosyndrom wird diese Angabe seltener gemacht. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen geben signifikant seltener an, unter starkem Protest in die Behandlung gekommen zu sein, als Psychosen.

Das Item 5 ("gegen meinen Willen in der Klinik") wird in der Gesamtstichprobe eher abgelehnt (Mittelwert 0,40).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische

Psychosyndrom, Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der denkgestörte Patient sowie der Maniker geben häufiger an, in der Klinik gegen ihren Willen zu sein, während der Psychoorganiker dies weniger häufig angibt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie sowie das organische Psychosyndrom in der gleichen Weise wie in der Syndromgruppe signifikant von der Gesamtstichprobe: Auch hier gibt der Maniker häufiger, der Psychoorganiker dagegen seltener an, gegen den eigenen Willen in der Klinik zu sein. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 6 ("eine andere Umgebung wäre besser") wird in der Gesamtstichprobe bei fast jedem 2. Patienten bejaht (Mittelwert 0,46).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive, das paranoid-halluzinatorische, das organische Psychosyndrom, das hypochondrische sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der gehemmt-depressive Patient, der Psychoorganiker und der Hypochonder geben seltener an, daß eine andere Umgebung für sie im Moment besser wäre. Dagegen findet der paranoid-halluzinatorische Patient sowie der Maniker häufiger, daß eine andere Umgebung besser wäre. Depressive Syndrome zusammen sind im Vergleich zum Rest seltener der Meinung, daß eine andere Umgebung jetzt besser wäre. Paranoide Syndrome sind im Vergleich zum Rest dagegen signifikant häufiger der Meinung, daß eine andere Umgebung besser wäre.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression, das organische Psychosyndrom und

und die schizoaffective Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizoaffective Psychotiker und auch hier der Maniker sind häufiger der Meinung, daß eine andere Umgebung jetzt besser wäre. Der endogen-depressive sowie der Psychoorganiker geben seltener an, daß eine andere Umgebung jetzt besser wäre. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 64 ("ich bleibe nicht länger hier, als ich für notwendig halte") wird in der Gesamtstichprobe bei fast jedem 2. Patienten bejaht (Mittelwert 0,47).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom, die Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der denkgestörte Patient sowie der Maniker geben häufiger an, nicht länger in der Klinik zu bleiben, als sie selbst für notwendig halten. Der Psychoorganiker gibt dies seltener an. Paranoide bzw. depressive Symptome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression, das organische Psychosyndrom sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der Maniker als auch der endogen-depressive Patient geben häufiger an, nicht länger in der Klinik zu bleiben als sie selbst für notwendig halten. Dagegen gibt der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte und auch hier der Psychoorganiker seltener an, in der Klinik nicht länger zu bleiben als sie selbst für notwendig halten. Psychosen geben im Vergleich zu den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger an, nicht länger in der Klinik zu bleiben, als sie selbst für notwendig halten.

Das Item 25 ("habe keine solche Beschwerden, für die ich Abhilfe suche") wird in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,30).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das ängstlich-depressive und das manische Syndrom signifikant von der Stichprobe: Der ängstlich-depressive Patient gibt seltener an, daß er keine Beschwerden hat, für die er Abhilfe sucht, während der Maniker dies häufiger angibt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie sowie die schizoaffektive Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei beiden Diagnosegruppen wird häufiger angegeben, daß keine solchen Beschwerden bestehen, für die Abhilfe gesucht wird. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 119 ("Medikamente sind eigentlich unnötig") wird in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,30).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom, die Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist seltener, der denkgestörte Patient sowie der Maniker sind dagegen häufiger der Meinung, daß Medikamente eigentlich unnötig seien. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression, das organische Psychosyndrom sowie Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen-depressive Patient so-

wie auch hier der Psychoorganiker geben seltener an, daß sie Medikamente eigentlich für unnötig halten. Dagegen gibt der Maniker ebenso wie der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte häufiger an, daß für ihn Medikamente eigentlich unnötig seien. Bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen wird signifikant häufiger als bei Psychosen angegeben, daß Medikamente eigentlich unnötig seien.

Das Item 53 ("am besten wäre für mich jetzt...", (siehe Anhang)) wird in der Gesamtstichprobe wie folgt beantwortet:

- a) "eine berufliche Änderung" sowie
- b) "eine Änderung der Wohnsituation" werden in der Gesamtstichprobe jeweils weniger häufiger angegeben (Mittelwert a) 0,19 und b) 0,14).

In der Syndromgruppe fällt auf, daß beim paranoiden Syndrom eine Änderung der beruflichen bzw. der Wohnsituation signifikant häufiger angegeben wird. Paranoide Syndrome zusammen geben im Vergleich zum Rest signifikant häufiger eine Änderung der Wohnsituation als beste Behandlungsmaßnahme an. Dagegen gibt der Psychoorganiker eine Änderung der Wohnsituation als beste momentane Behandlungsmaßnahme signifikant seltener an.

In der Diagnosegruppe fällt auf, daß eine berufliche Änderung bzw. die Änderung der Wohnsituation bei der Schizophrenie häufiger, bei der endogenen Depression signifikant seltener angegeben wird. Auch in der Diagnosegruppe gibt der Psychoorganiker signifikant seltener eine Änderung der Wohnsituation als beste Behandlungsmaßnahme an. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- c) "Eine neue Umgebung" als beste Behandlungsmaßnahme wird in der Gesamtstichprobe ebenfalls weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,15).

In der Syndromgruppe gibt der Maniker eine neue Umgebung als beste Behandlungsmaßnahme signifikant häufiger an. Dagegen kreuzen depressive Syndrome diese Alternative im Vergleich zum Rest signifikant seltener an.

Entsprechend gibt in der Diagnosegruppe der Maniker signifikant häufiger, der endogen-depressive Patient signifikant seltener eine neue Umgebung als beste Behandlungsmaßnahme an. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- d) "Jemand, der mich versteht" wird als beste Behandlungsmaßnahme in der Gesamtstichprobe relativ häufig angegeben (Mittelwert 0,38).

In der Syndromgruppe gibt dies der Maniker signifikant häufiger, der Psychoorganiker signifikant seltener an. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe gibt der Psychoorganiker im Vergleich zur Gesamtstichprobe signifikant seltener an, daß eine verständnisvolle Bezugsperson für ihn im Moment die beste Behandlungsmaßnahme wäre. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- e) "Eine körperliche Behandlung" wird in der Gesamtstichprobe selten als beste Behandlungsmaßnahme angegeben (Mittelwert 0,05).

In der Syndromgruppe ist der Maniker signifikant häufiger der Meinung, daß eine körperliche Behandlung für ihn jetzt die beste Behandlungsmaßnahme wäre. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede, Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstö-

rungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- f) "Medikamente" als beste Behandlungsmaßnahme wird in der Gesamtstichprobe bei jedem 3. Patienten angegeben (Mittelwert 0,33).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive, das agitiert-depressive sowie das katatone Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der gehemmt-depressive sowie der agitiert-depressive Patient sind häufiger der Meinung, daß Medikamente im Moment die beste Behandlungsmaßnahme wären. Der katatone Patient dagegen findet seltener, daß Medikamente jetzt am besten wären. Depressive Syndrome zusammen geben im Vergleich zum Rest signifikant häufiger an, daß Medikamente im Moment am besten wären. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient ist häufiger der Meinung, daß Medikamente jetzt am besten wären, während der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte weniger häufig Medikamente als beste Behandlungsmaßnahme angibt. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- g) "Gespräche" werden in der Gesamtstichprobe als beste Behandlungsmaßnahme ebenfalls relativ häufig angegeben (Mittelwert 0,32).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive, das organische Psychosyndrom sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der gehemmt-depressive Patient als auch der Psychoorganiker geben Gespräche als beste Behandlungsmaßnahme seltener an, der Maniker dagegen häufiger. Paranoide Syndrome zusammen

geben Gespräche im Vergleich zum Rest signifikant häufiger als beste Behandlungsmaßnahme an.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich entsprechend der Syndromgruppe die endogene Manie und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker gibt auch hier Gespräche als beste Behandlungsmaßnahme häufiger, der Psychoorganiker dagegen seltener an. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

h) "Zufrieden lassen" wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,13).

In der Syndromgruppe gibt der paranoid-halluzinatorische Patient signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe an, daß die beste Behandlungsmaßnahme jetzt ihn zufrieden zu lassen wäre. Paranoide Syndrome insgesamt ebenso wie depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Schizophrenie sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizophrene Patient ist häufiger der Meinung, daß man ihn jetzt am besten zufrieden lassen sollte, während dies der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte seltener angibt. Psychosen geben im Vergleich zu Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger an, daß sie im Moment am liebsten in Ruhe gelassen werden möchten.

i) "Nichts hilft mir" wird in der Gesamtstichprobe bei allen Syndromen und Diagnosen eher selten angegeben (Mittelwert 0,08).

Es finden sich weder in der Syndromgruppe noch in der Diagnosegruppe signifikante Unterschiede. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom

Rest. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 133 ("am besten wäre jetzt für mich der Aufenthalt ...", (siehe Anhang)) wird in der Gesamtstichprobe wie folgt beantwortet:

- a) "Im Krankenhaus" wird bei etwas weniger als jedem 2. Patienten angegeben (Mittelwert 0,43).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der gehemmt-depressive Patient ist häufiger der Meinung, daß das Krankenhaus für ihn der beste Aufenthaltsort wäre. Die depressiven Syndrome zusammen geben im Vergleich zum Rest signifikant häufiger das Krankenhaus als besten Aufenthaltsort an. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt häufiger das Krankenhaus als momentan besten Aufenthaltsort an. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- b) "Zuhause" wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,29).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das paranoid-halluzinatorische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der paranoid-halluzinatorische Patient gibt häufiger an, daß er momentan Zuhause am besten aufgehoben wäre. Depressive Syndrome zusammen geben im Vergleich zum Rest signifikant weniger häufig an, daß sie jetzt Zuhause am besten aufgehoben wären. Paranoide Syndrome zusammen unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient ist weniger häufig der Meinung, daß er jetzt Zuhause am besten aufgehoben wäre. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

- c) "In ambulanter Behandlung" wird in der Gesamtstichprobe ebenfalls weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,15).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker ist häufiger der Meinung, daß er jetzt in ambulanter Behandlung am besten aufgehoben wäre. Depressive Syndrome zusammen sind im Vergleich zum Rest signifikant weniger häufig der Meinung, daß sie in ambulanter Behandlung jetzt am besten aufgehoben wären. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Diese Patientengruppe ist weniger häufig der Meinung, in ambulanter Behandlung jetzt am besten aufgehoben zu sein. Die Neurosen/Persönlichkeitstörungen unterscheiden sich dadurch signifikant von den Psychosen.

- d) "An einem Kurort" wird in der Gesamtstichprobe ebenfalls weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,17).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das gehemmt-depressive, das paranoide und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der gehemmt-depressive Patient ist weniger häufig der Meinung, daß er an einem Kurort jetzt am besten aufgehoben wäre, während sowohl der paranoide Patient als auch der Maniker dies häufiger meinen. Depressive Syndrome zusammen sind im Vergleich zum Rest signifikant weniger häufig der Meinung, daß sie an einem

Kurort jetzt am besten aufgehoben wären. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression, die Schizophrenie sowie die schizoaffektive Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker sowie der schizophrene Patient sind häufiger der Meinung, daß sie jetzt an einem Kurort am besten aufgehoben wären, der endogen-depressive Patient sowie der schizoaffektive Psychotiker sind seltener der Meinung, daß für sie jetzt der Aufenthalt an einem Kurort am besten wäre. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

e) "Irgendwo weit weg" wird in der Gesamtstichprobe ebenfalls weniger häufig angegeben (Mittelwert 0,11).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist seltener der Meinung, daß er am liebsten jetzt irgendwo weit weg sein möchte. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe unterscheidet sich der Psychoorganiker signifikant von der Gesamtstichprobe (s. o.). Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

3.4.2.2. Syndrom- und Diagnosebeschreibung hinsichtlich Therapiebereitschaft

Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich bei folgenden Items signifikant vom Rest:

Der depressive Patient

- gibt seltener an, in der Klinik fehl am Platz zu sein (Item 14)

- gibt seltener an, der Klinikaufenthalt sei überflüssig (Item 30)
- findet seltener, daß eine andere Umgebung für ihn jetzt besser wäre (Item 6)
- besteht seltener auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik (Item 124)
- hält häufiger das "Krankenhaus" als den für ihn im Augenblick besten Aufenthaltsort (133 a)
- findet dagegen seltener, daß er Zuhause (133 b), in ambulanter Behandlung (133 c) bzw. an einem Kurort (133 d) am besten aufgehoben wäre
- hält häufiger Medikamente für die im Augenblick beste Behandlungsmaßnahme (Item 53)
- gibt dagegen "eine neue Umgebung" seltener als beste Behandlungsmaßnahme an (Item 53 c).

Beim ängstlich-depressiven Syndrom findet sich außerdem signifikant seltener als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich habe keine solche Beschwerden, für die ich Abhilfe suche" (Item 25). Der ängstlich-depressive Patient gibt auch signifikant seltener an, daß er die Behandlung lieber auf einen späteren Termin aufgeschoben hätte (Item 36). Beim gehemmt-depressiven Syndrom findet sich signifikant seltener als in der Gesamtstichprobe die Angabe, daß Gespräche jetzt am besten wären (Item 53 g). Der gehemmt-depressive Patient gibt auch signifikant häufiger an, daß es wirklich notwendig war, in Behandlung zu kommen (Item 61). Beim paranoid-depressiven Syndrom findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "ich wüßte nicht, daß die Behandlung hier überhaupt etwas hilft" (Item 48).

Paranoide Syndrome zusammen unterscheiden sich bei folgenden Items signifikant vom Rest:

Der paranoide Patient

- gibt häufiger an, daß eine andere Umgebung jetzt für ihn besser wäre (Item 6)

- gibt häufiger an, daß eine Änderung der Wohnsituation die für ihn beste Hilfsmöglichkeit wäre (Item 53 b)
- gibt häufiger an, daß Gespräche für ihn jetzt die beste Behandlungsmöglichkeit wären (Item 53 g)
- gibt häufiger an, unter starkem Protest in die Klinik gekommen zu sein (Item 106).

Außerdem findet sich beim paranoiden Syndrom im Vergleich zur Gesamtstichprobe häufiger die Angabe, daß eine berufliche Änderung jetzt die beste Hilfsmöglichkeit wäre (Item 53 a). Auch findet sich signifikant häufiger die Angabe, daß der Aufenthalt an einem Kurort jetzt am besten wäre (Item 133 d). Der paranoid-halluzinatorische Patient gibt signifikant häufiger an, daß man ihn jetzt am besten zufrieden lassen sollte (Item 53 h), sowie daß er jetzt Zuhause am besten aufgehoben wäre (133 b).

Beim organischen Psychosyndrom finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede:
Der Psychoorganiker

- gibt seltener an, unter starkem Protest in die klinische Behandlung gekommen zu sein (Item 106)
- findet seltener, daß es ihm in einer anderen Umgebung besser gehen würde (Item 6)
- sei seltener gegen seinen Willen in der Klinik (Item 5)
- gibt seltener an, nicht länger in der Klinik zu bleiben, als er selbst für notwendig hält (Item 64)
- hält seltener eine medikamentöse Behandlung für unnötig (Item 119)
- gibt häufiger an, solange in der Klinik zu bleiben, wie es ihm der Arzt vorschreibt (Item 103).

Der Psychoorganiker findet ferner weniger häufig, daß Gespräche für ihn im Augenblick die beste Behandlungsmöglichkeit wären (Item 53 g) bzw., daß Ärztliche Gespräche

ihm möglicherweise helfen würden (Item 58). Er gibt auch weniger häufig an, daß die beste Hilfsmöglichkeit jetzt eine Änderung der Wohnsituation wäre bzw. jemand, der ihn versteht (Item 53 b bzw. d) bzw., daß er jetzt am liebsten irgendwo weit weg wäre (Item 133 e).

Beim hypochondrischen Syndrom finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede:

Der Hypochonder

- gibt seltener an, daß eine andere Umgebung für ihn jetzt besser wäre (Item 6)
- gibt seltener an, daß Medikamente ihm jetzt eigentlich gut helfen würden (Item 24).

Bei Denkstörungen finden sich folgende signifikanten Unterschiede:

Der denkgestörte Patient

- gibt häufiger an, daß er gegen seinen Willen in der Klinik sei (Item 5)
- gibt häufiger an, in der Klinik fehl am Platz zu sein (Item 14)
- gibt häufiger an, daß Medikamente ihm eigentlich gut helfen (Item 24)
- gibt häufiger an, daß der Klinikaufenthalt eigentlich überflüssig sei (Item 30)
- gibt häufiger an, daß er nicht länger in der Klinik bleiben werden, als er es selbst für notwendig halte (Item 64)
- gibt häufiger an, unter starkem Protest in die klinische Behandlung gekommen zu sein (Item 106)
- gibt häufiger an, daß Medikamente für ihn eigentlich unnötig seien (Item 119).

Beim manischen Syndrom finden sich folgende signifikanten Unterschiede:

Der Maniker

- gibt häufiger an, gegen seinen Willen in der Klinik zu sein (Item 5)
- gibt häufiger an, daß eine andere Umgebung für ihn jetzt besser wäre (Item 6)
- gibt häufiger an, in der Klinik fehl am Platz zu sein (Item 14)
- gibt häufiger an, daß der Klinikaufenthalt überflüssig sei (Item 30)
- gibt häufiger an, daß Medikamente ihm eigentlich recht gut helfen (Item 24)
- gibt häufiger an, daß er keine solchen Beschwerden habe, für die er Abhilfe sucht (Item 25)
- gibt häufiger an, daß er die Behandlung lieber auf einen späteren Termin aufgeschoben hätte (Item 36)
- gibt häufiger an, daß er nicht wüßte, daß die Behandlung überhaupt etwas helfen würde (Item 48)
- gibt weniger häufig an, daß es wirklich notwendig war, in die Behandlung zu kommen (Item 61)
- gibt häufiger an, nicht länger in der Klinik zu bleiben, als er selbst für notwendig hält (Item 64)
- gibt häufiger an, unter starkem Protest in die Klinikbehandlung gekommen zu sein (Item 106)
- gibt häufiger an, daß Medikamente eigentlich unnötig seien (Item 119) (vgl. Item 24: Medikamente helfen eigentlich recht gut) und sagt häufiger "Bestehe auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik" (Item 124).

"Als beste Behandlungsmöglichkeit" gibt der Maniker häufiger eine "neue Umgebung", "jemand, der mich versteht", "eine körperliche Behandlung" sowie "Gespräche" an (Item 53 c, d, e und g). Der Maniker gibt als besten augenblicklichen Aufenthaltsort seltener "das Krankenhaus", dagegen häufiger "in ambulanter Behandlung" bzw. "an einem Kurort" an (133 a, c, d).

Beim Katatonen Syndrom findet sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe nur ein signifikanter Unterschied: Der katatone Patient ist seltener der Meinung, daß Medikamente für ihn jetzt am besten wären (Item 53 f).

Bei "anderen" Syndromen fanden sich bei den oben besprochenen Items keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtstichprobe.

Bei der endogenen Manie finden sich in der Diagnosegruppe sinngemäß die gleichen signifikanten Abweichungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe wie beim manischen Syndrom in der Syndromgruppe. Folgende signifikante Unterschiede fallen bei der endogenen Manie im Vergleich zum manischen Syndrom weg:

Item 48) "ich wüßte nicht, daß die Behandlung hier überhaupt etwas hilft",

Item 106) "bin unter starkem Protest in die Behandlung gekommen",

Item 53d) "die beste Möglichkeit, mir jetzt zu helfen, wäre jemand, der mich versteht",

Item 53e) "die beste Möglichkeit, mir zu helfen, wäre eine körperliche Behandlung",

Item 133a) "am besten wäre für mich der Aufenthalt im Krankenhaus",

Item 133c) "am besten wäre für mich der Aufenthalt in ambulanter Behandlung".

Bei den übrigen unter manischem Syndrom besprochenen Items finden sich auch bei der endogenen Manie signifikante Abweichungen.

Bei der endogenen Depression finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede:

Der endogen depressive Patient

- gibt weniger häufig an, daß eine andere Umgebung für ihn jetzt besser wäre (Item 6)

- gibt weniger häufig an, daß er in der Klinik fehlt am Platz sei (Item 14)
- gibt weniger häufig an, daß der Klinikaufenthalt für ihn eigentlich überflüssig sei (Item 30)
- gibt weniger häufig an, daß eine berufliche Änderung, eine Änderung der Wohnsituation oder eine neue Umgebung für ihn jetzt am besten wäre (Item 53 a, b und c)
- gibt weniger häufig an, daß Medikamente für ihn jetzt am besten wären (Item 53 f)
- gibt häufiger an, daß ärztliche Gespräche für ihn jetzt möglicherweise eine Hilfe seien (Item 58)
- gibt häufiger an, daß es wirklich notwendig war, in ärztliche Behandlung zu kommen (Item 61)
- gibt ebenfalls häufiger an, daß er nicht länger in Behandlung bleibe, als er selbst für notwendig halte (Item 64)
- gibt häufiger an, daß die Behandlung gut sei und daß er selber mitmache (Item 81)
- gibt seltener an, daß Medikamente für ihn jetzt unnötig seien (Item 119)
- gibt weniger häufig an, daß er auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik bestehe (Item 124)
- gibt häufiger an, daß das Krankenhaus für ihn jetzt der beste Aufenthaltsort sei bzw. gibt weniger häufig an, daß er jetzt am besten Zuhause oder an einem Kurort aufgehoben wäre (Item 133 a, b und d).

Bei der schizoaffektiven Psychose finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede:
Der schizoaffektive Psychotiker

- gibt häufiger an, daß eine andere Umgebung für ihn jetzt besser wäre (Item 6)
- gibt häufiger an, daß er in der Klinik fehlt am Platz sei (Item 14)
- gibt häufiger an, daß er keine solchen Beschwerden hat, für die er Abhilfe sucht (Item 25)

- gibt häufiger an, daß der Klinikaufenthalt eigentlich überflüssig sei (Item 30)
- gibt häufiger an, daß er unter starkem Protest in Behandlung gekommen sei (Item 106)
- gibt weniger häufig an, daß der Aufenthalt an einem Kurort jetzt am besten wäre (Item 133 b)

Bei der Schizophrenie finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede:

Der schizophrene Patient

- gibt häufiger an, daß eine berufliche Änderung bzw. eine Änderung der Wohnsituation jetzt für ihn am besten wäre (Item 53 a und b)
- gibt häufiger an, daß man ihn am besten zufriedenlassen sollte (Item 53 h)
- gibt häufiger an, daß für ihn jetzt der Aufenthalt an einem Kurort am besten wäre (Item 133 d)

Beim organischen Psychosyndrom finden sich in der Diagnosegruppe die gleichen signifikanten Abweichungen wie in der Syndromgruppe (s. o.). Nur bei Item 103 ("bleibe nicht länger in der Klinik, als ich selbst für notwendig halte") entfällt in der Diagnosegruppe die Signifikanz.

Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikante Unterschiede:

Bei der Neurose/Persönlichkeitsstörung

- findet sich weniger häufig die Angabe, daß Medikamente guten helfen (Item 24)
- findet sich weniger häufig die Angabe, "hätte die Behandlung lieber auf einen späteren Termin aufgeschoben" (Item 36)
- findet sich weniger häufig die Angabe, daß Medikamente die beste Hilfemöglichkeit wären (Item 53 f)

- findet sich weniger häufig die Angabe, "am besten wäre jetzt, wenn man mich zufrieden lassen würde" (Item 53 h)
- findet sich weniger häufig die Angabe "bleibe nicht länger in der Klinik, als ich selbst für notwendig halte" (Item 64)
- findet sich weniger häufig die Angabe, "bin unter starkem Protest in die Behandlung gekommen" (Item 106)
- findet sich häufiger die Angabe, Medikamente seien unnötig (Item 119)
- findet sich weniger häufig die Angabe, der Aufenthalt wäre für mich jetzt am besten in ambulanter Behandlung" (Item 133 c).

Bei "anderen" Diagnosen finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe keine signifikanten Unterschiede.

3.4.3. Fremdbeurteilung

3.4.3.1. Beschreibung der Items

Das Item 28 ("es ist mir gleichgültig, welche Meinung andere von mir haben") wird in der Gesamtstichprobe eher abgelehnt (Mittelwert 0,39).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Dem Maniker ist es häufiger gleichgültig, welche Meinung andere von ihm haben. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich ebenfalls die endogene Manie (entsprechend dem manischen Syndrom) signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 40 ("verlasse mich ganz auf den Arzt") wird in der Gesamtstichprobe häufig bejaht (Mittelwert 0,69).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker gibt häufiger an, daß er sich ganz auf den Arzt verlasse. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen sowie auch hier das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Neurotiker/ Persönlichkeitsgestörte gibt weniger häufig an, daß er sich auf den Arzt ganz verläßt; der Psychoorganiker - wie oben beschrieben - gibt dies häufiger an. Die Psychosen geben signifikant häufiger als die Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen an, daß sie sich ganz auf den Arzt verlassen.

Das Item 90 ("was der Arzt sagt, stimmt meist 100 %") wird in der Gesamtstichprobe bei mehr als jedem 2. Patienten bejaht (Mittelwert 0,59).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive und das gehemmt-depressive, das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient und der manische Patient geben weniger häufig an, daß das was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt, während dies der gehemmt-depressive Patient ebenso wie der Psychoorganiker häufiger angibt. Paranoide Syndrome bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression, die Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen sowie auch hier das organische Psychosyndrom signifikant von

der Gesamtstichprobe: Der endogen Depressive ebenso wie der Psychoorganiker sind häufiger der Meinung, daß das was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt, während dieser Angabe bei der Neurose/Persönlichkeitsstörung weniger häufig zugestimmt wird. Die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich dadurch signifikant von den Psychosen.

Das Item 112 ("auch der der Arzt kann mich nicht richtig beurteilen") wird in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 3. Patienten bejaht (Mittelwert 0,32).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom sowie die Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist seltener der Meinung, daß auch der Arzt ihn nicht richtig beurteilen kann, während der denkgestörte Patient häufiger meint, daß auch der Arzt ihn nicht richtig beurteilen kann. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei Item 49 ("Zustand am treffendsten beurteilt durch...") wird in der Gesamtstichprobe wie folgt geantwortet: Am häufigsten wird der "Arzt" (a) angegeben (Mittelwert 0,58). Danach folgt "ich selbst" (Alternative e, Mittelwert 0,38), an dritter Stelle wird die Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") angegeben (Mittelwert 0,28). Die Alternativen c und d ("Fremde" bzw. "keiner") werden dagegen eher selten angegeben (Mittelwert 0,03 bzw. 0,05).

Bei der Alternative a ("Arzt") unterscheiden sich das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist

häufiger der Meinung, daß der Arzt seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt habe, während der Maniker dies weniger häufig angibt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie und das organische Psychosyndrom in oben genannter Weise signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") unterscheiden sich das depressive sowie das gehemmt-depressive Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient kreuzt diese Alternative seltener, der gehemmt-depressive Patient dagegen häufiger an. Paranoide und depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die schizoaffektive Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizoaffektive Psychotiker kreuzt die Alternative b häufiger an. Bei Psychosen wird diese Alternative signifikant häufiger als bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen angekreuzt.

Bei der Alternative c ("Fremde") unterscheiden sich das paranoide Syndrom, die Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei diesen Syndromgruppen wird die Alternative c häufiger angekreuzt. Bei depressiven Syndromen wird diese Alternative im Vergleich zum Rest seltener angekreuzt.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Manie durch das häufigere Ankreuzen dieser Alternative signifikant von der Gesamtstichprobe: Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative d ("keiner") unterscheiden sich das depressive Syndrom und das hypochondrische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei diesen Syndromgruppen wird diese Alternative häufiger angekreuzt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich Neurosen/Persönlichkeitsstörungen durch das häufigere Ankreuzen der Alternative d signifikant von der Gesamtstichprobe: Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich dadurch signifikant von den Psychosen.

Bei der Alternative e ("ich selbst") unterscheiden sich das ängstlich-depressive Syndrom und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der ängstlich-depressive Patient ist häufiger der Meinung, daß er selbst seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt habe, während der Psychoorganiker dies häufiger ablehnt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom - wie oben - signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei Item 82 ("am besten kann jetzt meinen Zustand beurteilen ...") ist in der Gesamtstichprobe das Antwortmuster ähnlich wie bei Item 49, d.h. auch hier wird am häufigsten Alternative a ("Arzt"), am zweithäufigsten Alternative e ("ich selbst") und am dritthäufigsten Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") angegeben. Die Gesamtmittelwert für diese Alternativen sind in der genannten Reihenfolge 0,67, 0,33 und 0,29.

Bei der Alternative a ("Arzt") unterscheiden sich das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist häufiger der Meinung, daß der Arzt seinen Zustand am besten beurteilen kann, während der Maniker dies weniger häufig angibt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie und das organische Psychosyndrom in obengenannter Weise signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") finden sich in der Syndromgruppe keine signifikanten Unterschiede. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative c ("Fremde") unterscheiden sich in der Syndromgruppe die Denkstörungen sowie das katatone Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Sowohl der Denkgestörte als auch der katatone Patient sind häufiger der Meinung, daß Fremde ihren jetzigen Zustand am besten beurteilen können. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die Schizophrenie signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizophrene Patient ist häufiger der Meinung, daß Fremde seinen jetzigen Zustand am besten beurteilen können. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative d ("keiner") finden sich weder in der Syndromgruppe noch in der Diagnosegruppe signifikante Unterschiede. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest. Psychosen unterscheiden sich nicht von Neurosen/Persönlichkeitsstörungen.

Bei der Alternative e ("ich selbst") unterscheiden sich in der Syndromgruppe das ängstlich-depressive Syndrom und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der ängstlich-depressive Patient ist häufiger der Meinung, daß nur er seinen Zustand beurteilen kann, während der Psychoorganiker dies weniger häufig meint. Paranoide bzw. depressive Symptome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sowie auch hier das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen findet sich häufiger die Angabe, daß der Patient selbst seinen Zustand am besten beurteilen kann. Der Psychoorganiker gibt dies - wie bereits erwähnt - seltener an. Bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sind die Patienten signifikant häufiger als bei den Psychosen der Meinung, daß sie selbst ihren Zustand am besten beurteilen können.

Auch beim Item 101 ("ich akzeptiere eine Beurteilung über meinen Zustand am ehesten von ...") wird in der Gesamtstichprobe am häufigsten die Alternative a ("Arzt") angegeben (Mittelwert 0,77). Am zweithäufigsten wird die Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") angekreuzt (Mittelwert 0,31). Eher selten werden die Alternativen c und d ("von Fremden" bzw. "von keinem") angekreuzt (Mittelwert 0,02 bzw. 0,07).

Bei der Alternative a ("Arzt") unterscheiden sich in der

Syndromgruppe das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker akzeptiert häufiger eine Beurteilung über seinen Zustand am ehesten vom Arzt, während der Maniker weniger häufig eine Beurteilung über seinen Zustand am ehesten vom Arzt akzeptiert. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die schizoaffective Psychose sowie auch hier das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der schizoaffective Psychotiker gibt weniger häufig an, daß er eine Beurteilung seines jetzigen Zustandes am ehesten vom Arzt akzeptiert. Der Psychoorganiker gibt dies - wie bereits erwähnt - häufiger als in der Gesamtstichprobe an.

Bei der Alternative b ("Menschen, die mich gut kennen") finden sich in der Syndromgruppe keine signifikanten Unterschiede. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt weniger häufig an, daß er eine Beurteilung über seinen Zustand am ehesten von Menschen, die ihn gut kennen, akzeptieren würde. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative c ("Fremde") unterscheidet sich das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker gibt häufiger an, daß er eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand am ehesten von Fremden akzeptieren würde. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Manie signifikant von der Gesamtstichprobe entsprechend dem manischen Syndrom in der Syndromgruppe (s. o.). Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Bei der Alternative d ("keiner") unterscheiden sich in der Syndromgruppe das organische Psychosyndrom und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker gibt weniger häufig an, daß er von keinem eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand akzeptieren würde, während dies der Maniker häufiger angibt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe finden sich keinerlei signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

3.4.3.2. Syndrom- und Diagnosenbeschreibung hinsichtlich Fremdbeurteilung

Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich bei Item 49 c signifikant vom Rest: Die Patienten sind weniger häufig der Meinung, daß Fremde ihren Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt hätten. Bei folgenden Items unterscheidet sich das rein depressive Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der rein depressive Patient ist weniger häufig der Meinung, daß Menschen, die ihn gut kennen, seinen Zustand am treffendsten, bzw. daß keiner seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt hätte (Item 49 b bzw. d). Der rein depressive Patient ist auch weniger häufig der Meinung, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90). Beim ängstlich-depressiven Syndrom finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der ängstlich depressive Patient ist

häufiger der Meinung, daß nur er selbst seinen Zustand treffend erkannt und beurteilt habe. Er ist entsprechend auch häufiger der Meinung, daß nur er seinen Zustand beurteilen kann. Beim gehemmt-depressiven Syndrom finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende signifikanten Unterschiede: Der gehemmt-depressive Patient ist häufiger der Meinung, daß Menschen, die ihn gut kennen, seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt haben (Item 49 b). Er ist auch häufiger der Meinung, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90).

Die paranoiden Syndrome zusammen unterscheiden sich bei Item 28 signifikant vom Rest: Dem paranoiden Patienten ist es weniger gleichgültig, welche Meinung andere von ihm haben. Das rein paranoide Syndrom unterscheidet sich außerdem bei Item 49 c signifikant von der Gesamtstichprobe : Der paranoide Patient gibt häufiger an, daß Fremde seinen jetzigen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt hätten.

Das organische Psychosyndrom unterscheidet sich bei folgenden Items signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker gibt häufiger an, daß er sich ganz auf den Arzt verläßt (Item 40). Er gibt weniger häufig an, daß er selbst seinen Zustand am besten erkannt und beurteilt habe (Item 49 e) bzw. daß der Arzt seinen Zustand am besten beurteilen kann (Item 82 a). Weniger häufig ist er der Meinung, daß nur er selbst seinen Zustand beurteilen kann (Item 82 c). Er gibt häufiger an, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90). Häufiger gibt er auch an, daß er eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand am ehesten vom Arzt akzeptieren würde (Item 101 a). Weniger häufig gibt er an, daß er von keinem eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand akzeptieren würde (Item 101 d) bzw. daß auch der Arzt den Zustand des Psychoorganikers nicht beurteilen kann (Item 112).

Beim hypochondrischen Syndrom unterscheidet sich bei folgenden Items signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker gibt häufiger an, daß er sich ganz auf den Arzt verläßt (Item 40). Er gibt weniger häufig an, daß er selbst seinen Zustand am besten erkannt und beurteilt habe (Item 49 e) bzw. daß der Arzt seinen Zustand am besten beurteilen kann (Item 82 a). Weniger häufig ist er der Meinung, daß nur er selbst seinen Zustand beurteilen kann (Item 82 c). Er gibt häufiger an, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90). Häufiger gibt er auch an, daß er eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand am ehesten vom Arzt akzeptieren würde (Item 101 a). Weniger häufig gibt er an, daß er von keinem eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand akzeptieren würde (Item 101 d) bzw. daß auch der Arzt den Zustand des Psychoorganikers nicht beurteilen kann (Item 112).

Beim hypochondrischen Syndrom findet sich bei Item 49 d ein signifikanter Unterschied zur Gesamtstichprobe: Der Hypochonder ist häufiger der Meinung, daß keiner seinen Zustand bisher treffend erkannt und beurteilt hat.

Bei Denkstörungen finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der denkgestörte Patient gibt häufiger an, daß Fremde seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt haben (Item 49 c). Entsprechend ist er auch häufiger der Meinung, daß Fremde seinen Zustand am besten beurteilen können (Item 82 c). Er ist auch häufiger der Meinung, daß auch der Arzt seinen Zustand nicht richtig beurteilen kann (Item 112).

Beim manischen Syndrom finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der Maniker gibt häufiger an, daß es ihm gleichgültig sei, welche Meinung andere von ihm haben (Item 28). Er ist auch häufiger der Meinung, daß Fremde seinen Zustand am treffendsten beurteilt

haben (Item 49 c). Häufiger akzeptiert er eine Beurteilung über seinen Zustand am ehesten von Fremden bzw. von keinem (Item 49 c und d). Weniger häufig gibt er an, daß der Arzt seinen Zustand am besten beurteilen kann bzw. akzeptiert weniger häufig eine Beurteilung über seinen Zustand am ehesten vom Arzt (Items 82 a bzw. 101 a). Der Maniker findet weniger häufig, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90). Dagegen gibt er nicht häufiger an, daß auch der Arzt seinen Zustand nicht richtig beurteilen könnte (Item 112).

Beim katatonen Syndrom findet sich bei Item 82 c ein signifikanter Unterschied zur Gesamtstichprobe: Der katatone Patient gibt häufiger an, daß Fremde seinen Zustand am besten beurteilen können.

Bei "anderen" Syndromen finden sich keine signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

Bei der endogenen Manie finden sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe die gleichen Abweichungen wie beim manischen Syndrom (s. o.). Nur sind die Unterschiede in bezug auf Item 90 ("was der Arzt sagt, stimmt meist 100 %-ig"), Item 101 a und d ("akzeptiere Beurteilung am ehesten vom Arzt" bzw. von "keinem") hier nicht signifikant. Die übrigen Abweichungen sind wie beim manischen Syndrom signifikant.

Bei der endogenen Depression finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt häufiger an, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90). Er gibt weniger häufig an, eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand am ehesten von Menschen, die ihn gut kennen, zu akzeptieren (Item 101 b).

Bei der schizoaffektiven Psychose finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der schizoaffektive Psychotiker gibt häufiger an, daß Menschen, die ihn gut kennen, seinen Zustand am treffendsten erkannt und beurteilt hätten (Item 49 b). Er gibt weniger häufig an, daß er eine Beurteilung über seinen jetzigen Zustand am ehesten vom Arzt akzeptieren würde (Item 101 a).

Bei der Schizophrenie finden sich bei Item 82 c ein signifikanter Unterschied zur Gesamtstichprobe: Der schizophrene Patient gibt häufiger an, daß Fremde seinen Zustand am besten beurteilen können (Item 49 c).

Beim organischen Psychosyndrom in der Diagnosegruppe finden sich die gleichen Abweichungen von der Gesamtstichprobe wie beim organischen Psychosyndrom in der Syndromgruppe. Die signifikanten Unterschiede sind bis auf Item 101 d ("akzeptiere Beurteilung von keinem") und Item 112 ("auch der Arzt kann mich nicht richtig beurteilen") identisch. Bei diesen beiden Items fehlt in der Diagnosegruppe die Signifiganz.

Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Bei der Neurose/Persönlichkeitsstörung findet sich weniger häufig die Angabe, daß der Patient sich ganz auf den Arzt verläßt (Item 40). Häufiger findet sich die Angabe, daß nur der Patient selbst seinen Zustand richtig beurteilen könne (Item 82 e). Weniger häufig wird angegeben, daß das, was der Arzt sagt, meist 100 %-ig stimmt (Item 90).

Bei "anderen" Diagnosen finden sich bei den obengenannten Items keinerlei signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

3.4.4. Krankheitsmodell

3.4.4.1. Beschreibung der Items

Krankheit körperlich bedingt

Ein körperliches Krankheitsmodell (Item 1 und 39) wird in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,28 bzw. 0,21).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom und das hypochondrische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Körperliche Beschwerden werden beim organischen Psychosyndrom sehr häufig, beim hypochondrischen Syndrom häufig als Ursache des jetzigen Klinikaufenthaltes angegeben (Item 1). Die Psychoorganiker geben häufig, die Hypochonder relativ häufig an, daß sie hauptsächlich körperlich krank seien (Item 39). Beim organischen Psychosyndrom sowie beim manischen Syndrom findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe "meine Seele ist in Ordnung" (Anhang Item 55). Beim depressiven und gehemmt-depressiven Syndrom wird ein körperliches Krankheitsmodell signifikant häufiger abgelehnt. Depressive Syndrome insgesamt lehnen im Vergleich zum Rest ein körperliches Krankheitsmodell signifikant häufiger ab. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe zeigen das organische Psychosyndrom und die endogene Manie die gleichen signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe wie das organische Psychosyndrom bzw. das manische Syndrom in der Syndromgruppe (s. o.). Bei der Neurose/Persönlichkeitsstörung wird ein körperliches Krankheitsmodell im Vergleich zur Gesamtstichprobe häufiger abgelehnt. Der Unterschied zur Psychosen ist signifikant. Die schizoaffektive Psychose unterscheidet sich bei Item 1 signifikant von der Gesamtstichprobe: Körperliche Beschwerden werden weniger häufig als Ursache des jetzigen Klinikaufenthaltes angegeben. Die

endogene Depression unterscheidet sich signifikant bei Item 55: Der endogen-depressive Patient gibt weniger häufig an, daß seine "Seele in Ordnung" sei.

Krankheit seelisch bedingt

Eine zu geringe seelische Widerstandskraft (Item 76) wird in der Gesamtstichprobe häufig angegeben (Mittelwert 0,64). Das Item 76 korreliert signifikant positiv mit der MMPI-Depressionsskala ($r = + .31$).

In der Syndromgruppe wird beim depressiven, beim gehemmt-depressiven und beim paranoid-depressiven Syndrom eine zu geringe seelische Widerstandskraft signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben. Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich signifikant vom Rest. Beim paranoid-halluzinatorischen Syndrom, beim organischen Psychosyndrom, beim manischen und beim katatonen Syndrom wird eine zu geringe seelische Widerstandskraft signifikant häufiger abgelehnt. Paranoide Syndrome insgesamt unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe wird bei der endogenen Depression eine zu gering seelische Widerstandskraft signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe angegeben. Bei der endogenen Manie sowie auch hier beim organischen Psychosyndrom wird eine zu geringe seelische Widerstandskraft signifikant häufiger abgelehnt. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Krankheit durch Veranlagung

Eine ungünstige Veranlagung (Item 17) wird in der Gesamtstichprobe eher abgelehnt (Mittelwert 0,42).

In der Syndromgruppe wird beim ängstlich-depressiven Syndrom eine ungünstige Veranlagung signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe für die jetzige Krankheit verant-

wortlich gemacht. Depressive Syndrome insgesamt unterscheiden sich nicht vom Rest. Auch paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest. Beim organischen Psychosyndrom wird eine ungünstige Veranlagung signifikant abgelehnt.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression und die Schizophrenie von der Gesamtstichprobe: Der endogen-depressive Patient gibt häufiger, der schizophrene Patient gibt weniger häufig eine ungünstige Veranlagung an. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Krankheit aufgrund persönlicher Probleme

Persönliche Probleme als Ursache für den jetzigen Klinikaufenthalt (Item 67) werden in der Gesamtstichprobe häufig angegeben (Mittelwert 0,67).

In der Syndromgruppe werden beim depressiven Syndrom und bei "anderen Syndromen" persönliche Probleme signifikant häufiger für den jetzigen Klinikaufenthalt verantwortlich gemacht. Beim organischen Psychosyndrom werden persönliche Probleme signifikant weniger häufig für den jetzigen Klinikaufenthalt verantwortlich gemacht. Depressive Syndrome insgesamt unterscheiden sich signifikant vom Rest durch die häufigere Angabe, daß persönliche Probleme Ursache des jetzigen Klinikaufenthaltes wären. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

Auch in der Diagnosegruppe werden beim organischen Psychosyndrom persönliche Probleme signifikant weniger, bei der schizoaffektiven Psychose signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe für den jetzigen Klinikaufenthalt angegeben. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Krankheit durch unvernünftige und unsolide Lebensführung
Eine unvernünftige und unsolide Lebensführung als Ursache für den jetzigen Klinikaufenthalt (Item 41) wird in der Gesamtstichprobe eher abgelehnt (Mittelwert 0,31).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich die depressiven Syndrome signifikant vom Rest: Der depressive Patient lehnt den Zusammenhang zwischen Art der Lebensführung und dem Klinikaufenthalt signifikant häufiger ab. Das manische Syndrom unterscheidet sich signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker bezieht häufiger seinen Klinikaufenthalt auf die bisherige Lebensführung. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich die endogene Depression signifikant von der Gesamtstichprobe in der gleichen Weise wie die depressiven Syndrome in der Syndromgruppe, d.h. der Zusammenhang zwischen Lebensführung und jetzigem Klinikaufenthalt wird abgelehnt. Bei "anderen" Diagnosen wird einem derartigen Zusammenhang signifikant häufiger zugestimmt. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Krankheit und soziales Umfeld

Lebensumstände und äußere Einflüsse als Ursache für den jetzigen Klinikaufenthalt (Item 74) werden in der Gesamtstichprobe häufig angegeben (Mittelwert 0,70).

In der Syndromgruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede einzelner Syndrome im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Depressive bzw. paranoide Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe wird beim organischen Psychosyndrom der jetzige Zustand signifikant weniger häufig als in der Gesamtstichprobe für eine Folge der Lebensumstände und

äußeren Einflüsse gehalten. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Metaphysisches Krankheitsmodell

Die Angabe "ich empfinde meinen Zustand als eine mir auferlegte Strafe" (Item 87) wird in der Gesamtstichprobe relativ deutlich abgelehnt (Mittelwert 0,27).

In der Syndromgruppe wird bei "anderen" Syndromen der jetzige Zustand signifikant häufiger als eine Strafe angesehen. Depressive bzw. paranoide Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe finden sich keine signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe. Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht von Psychosen.

Die Angabe "meine Krankheit ist eine mir auferlegte Prüfung" (Item 127) wird in der Gesamtstichprobe eher abgelehnt (Mittelwert 0,37).

In der Syndromgruppe wird bei Denkstörungen und beim manischen Syndrom signifikant häufiger, beim depressiven Syndrom signifikant weniger häufig die Krankheit als eine Prüfung empfunden. Die depressiven Syndrome zusammen unterscheiden sich signifikant vom Rest, indem die Krankheit weniger häufig als eine Prüfung empfunden wird. Paranoide Syndrome unterscheiden sich nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe wird bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant weniger häufig als in der Gesamtstichprobe die Krankheit als eine Prüfung empfunden. Damit unterscheiden sich die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von den Psychosen.

3.4.4.2 Syndrom- und Diagnosebeschreibung hinsichtlich Krankheitsmodell

Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich bei folgenden Items signifikant vom Rest: Eine ungünstige Veranlagung, eine zu geringe seelische Widerstandskraft sowie persönliche Probleme werden häufiger für den jetzigen Zustand verantwortlich gemacht (Item 17, 76 und 67). Häufiger wird auch angegeben, daß die Seele "nicht in Ordnung" sei (Item 55). Körperliche Beschwerden werden dagegen weniger häufig als Ursache für den jetzigen Klinikaufenthalt angegeben (Item 1 und 39). Der Zusammenhang zwischen Lebensführung des Patienten und Klinikaufenthalt wird häufiger abgelehnt (Item 41) und weniger häufig wird die Krankheit als eine Prüfung empfunden (Item 127).

Paranoide Syndrome zusammen unterscheiden sich nicht vom Rest. Der paranoid-halluzinatorische Patient lehnt im Vergleich zur Gesamtstichprobe eine zu geringe seelische Widerstandskraft signifikant häufiger ab (Item 76).

Beim organischen Psychosyndrom findet sich signifikant häufiger als in der Gesamtstichprobe die Angabe, daß körperliche Beschwerden die Ursache für den Klinikaufenthalt seien. Der Patient sei hauptsächlich körperlich krank (Item 1 bzw. 39). Signifikant häufiger wird auch angegeben, daß die Seele in Ordnung sei (Item 55). Zu geringe seelische Widerstandskraft, ungünstige Veranlagung und persönliche Probleme werden signifikant weniger häufig für die Ursache des jetzigen Zustandes bzw. des Klinikaufenthaltes gehalten (Item 76, 17 und 67).

Beim hypochondrischen Syndrom werden körperliche Beschwerden signifikant häufiger für den jetzigen Zustand bzw. Klinikaufenthalt verantwortlich gemacht (Item 1). Signifikant häufiger fühlt sich der Hypochonder hauptsächlich körperlich krank (Item 39).

Patienten mit Denkstörungen empfinden signifikant häufiger die Krankheit als eine Prüfung (Item 127).

Beim manischen Syndrom findet sich signifikant häufiger die Angabe, daß die Seele in Ordnung sei (Item 55). Seine seelische Widerstandskraft bezeichnet der Maniker weniger häufig als zu gering (Item 76). Er empfindet seine Krankheit signifikant häufiger als eine Prüfung (Item 127) und gibt signifikant häufiger an, daß, wenn er vernünftiger und solider gelebt hätte, er jetzt nicht in der Klinik wäre (Item 41).

Beim katatonen Syndrom wird die seelische Widerstandskraft signifikant weniger häufig als zu gering eingeschätzt (Item 76).

Bei "anderen" Syndromen findet sich signifikant häufiger die Angabe, daß persönliche Probleme die Ursache für den Klinikaufenthalt seien (Item 41). Die Patienten empfinden ihren Zustand signifikant häufiger als eine Strafe (Item 87).

Auch in der Diagnosegruppe findet sich beim Maniker signifikant häufiger die Angabe "meine Seele ist in Ordnung" (Item 55). Signifikant weniger häufig findet sich die Angabe "meine seelische Widerstandskraft ist zu gering" (Item 76).

Der endogen depressive Patient gibt signifikant häufiger an, daß seine seelische Widerstandskraft zu gering sei (Item 76) und daß seine ungünstige Veranlagung für den jetzigen Zustand verantwortlich sei (Item 17). Der endogen depressive Patient ist signifikant häufiger der Meinung, seine Seele sei nicht in Ordnung (Item 55). Dagegen setzt er die Lebensführung signifikant weniger häufig in Zusammenhang mit dem Klinikaufenthalt (Item 41).

Der schizoaffektive Psychotiker hält signifikant häufiger persönliche Probleme (Item 67) und signifikant weniger häufig körperliche Beschwerden (Item 1) für die Ursache seines jetzigen Klinikaufenthaltes.

Der schizophrene Patient gibt signifikant weniger häufig an, daß seine ungünstige Veranlagung für den jetzigen Zustand verantwortlich sei (Item 17).

Beim organischen Psychosyndrom finden sich in der Diagnosegruppe mit 2 Ausnahmen die gleichen signifikanten Abweichungen von der Gesamtstichprobe wie in der Syndromgruppe: Eine ungünstige Veranlagung des Patienten als Ursache des jetzigen Zustandes (Item 17) wird in der Diagnosegruppe häufiger abgelehnt, jedoch nicht signifikant. Dagegen werden Lebensumstände und äußere Einflüsse als Ursache des jetzigen Zustandes signifikant häufiger abgelehnt als in der Gesamtstichprobe (Item 74).

Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen findet sich signifikant weniger häufig die Angabe, daß die Seele in Ordnung sei (Item 55). Körperliche Beschwerden werden signifikant weniger häufig als Ursache des Klinikaufenthaltes angegeben (Item 1), signifikant weniger häufig wird angegeben: "bin hauptsächlich körperlich krank" (Item 39). Signifikant weniger häufig wird die Krankheit als eine Prüfung empfunden (Item 127).

Bei "anderen" Diagnosen wird signifikant häufiger der jetzige Klinikaufenthalt auf die bisherige Lebensführung zurückgeführt (Item 41).

3.4.5. Krankheitsgefühl

Das subjektive Krankheitsgefühl (Item 139) wurde bereits unter 3.2. mit der ärztlichen Einschätzung von Krankheits-einsicht und Krankheitsgefühl in Beziehung gesetzt. In der Gesamtstichprobe ergibt sich ein Mittelwert von 3,15, d.h. etwa die Mitte der angegebenen Skala.

Für die depressiven Syndrome insgesamt ergibt sich, daß diese ein signifikant stärkeres Krankheitsgefühl im Vergleich zum Rest angeben (Mittelwert 3,66 gegenüber 2,89 für die nicht-depressiven Syndrome). Das depressive sowie das gehemmt-depressive Syndrom geben ein signifikant stärkeres Krankheitsgefühl an als die Gesamtstichprobe (Mittelwert 3,70 bzw. 4,00).

Die paranoiden Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest (2,99 / 3,20).

Beim hypochondrischen Syndrom findet sich ein mit den depressiven Syndromen vergleichbar starkes Krankheitsgefühl (Mittelwert 3,69), wobei dieser Wert ebenfalls im Vergleich zur Gesamtstichprobe signifikant abweicht.

Bei Denkstörungen findet sich ein signifikant schwächeres Krankheitsgefühl im Vergleich zur Gesamtstichprobe (2,27).

Beim manischen Syndrom findet sich in der gesamten Stichprobe das signifikant schwächste Krankheitsgefühl (1,53).

In der Diagnosegruppe findet sich bei der endogenen Depression sowie beim organischen Psychosyndrom im Vergleich zur Gesamtstichprobe ein signifikant stärkeres Krankheitsgefühl (3,81 bzw. 3,61). Bei der endogenen Manie, bei der Schizophrenie sowie bei der schizoaffektiven Psychose findet sich jeweils ein signifikant schwächeres Krankheitsgefühl (1,66 bzw. 2,81 bzw. 2,38), während sich die Neu-

rosen/Persönlichkeitsstörungen von der Gesamtstichprobe nicht (signifikant) unterscheiden. Psychosen und Neurosen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das momentane Gefühl des Patienten (Item 122 "im Moment fühle ich mich... schlecht") korreliert hochsignifikant mit Item 139 ($r = + .72$). Der Mittelwert für die Gesamtstichprobe beträgt 2,95 (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = weder gut noch schlecht, 4 = schlecht, 5 = sehr schlecht).

3.4.6. Übrige Items

Die folgenden Items stehen in etwas weiterer Beziehung zu den vorgenannten Bereichen bzw. markieren Überschneidungen:

Das Item 9 ("habe selbst gemerkt, daß ich in Behandlung kommen mußte") wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig positiv beantwortet (Mittelwert 0,76) und korreliert signifikant positiv mit dem Item 61 (siehe Anhang) bei $r = + .43$.

Dieses Item wird in der Syndromgruppe beim manischen Syndrom signifikant weniger häufig positiv beantwortet, d.h. der Maniker gibt im Vergleich zur Gesamtstichprobe weniger häufig an, daß er selber gemerkt hatte, daß er in Behandlung kommen mußte. Bei depressiven Syndromen wird das Item im Vergleich zum Rest dagegen signifikant häufiger positiv beantwortet. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe wird bei der endogenen Manie und der schizoaffektiven Psychose das Item signifikant häufiger positiv, bei der endogenen Depression dagegen signifikant häufiger negativ beantwortet. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 21 ("bin eher selbst auf die Idee gekommen, mich in der Klinik behandeln zu lassen") wird in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 2. Patienten positiv beantwortet (Mittelwert 0,48). Dieses Item korreliert signifikant positiv mit dem Item 9 ($r = ,31$).

In der Syndromgruppe wird dieses Item beim organischen Psychosyndrom signifikant weniger häufig positiv beantwortet, d.h. der Psychoorganiker gibt weniger häufig an, daß er eher selbst auf die Idee gekommen sei, sich in einer Klinik behandeln zu lassen. Bei "anderen" Syndromen wird dieses Item dagegen signifikant häufiger positiv beantwortet. Paranoiden bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe wird dieses Item bei der endogenen Depression signifikant häufiger positiv, beim organischen Psychosyndrom signifikant häufiger negativ beantwortet (wie in der Syndromgruppe). Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 8 ("weiß, wo es mir fehlt") wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig positiv beantwortet (Mittelwert 0,25). Das Item korreliert signifikant positiv mit dem Item 43 ("weiß genau, welche Behandlung helfen würde") bei $r = + ,29$.

In der Syndromgruppe finden sich folgende signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe: Der Maniker gibt häufiger an, daß er genau wisse, wo es ihm fehlt. Der Psychoorganiker dagegen gibt dies weniger häufig an. Bei depressiven Syndromen wird im Vergleich zum Rest signifikant weniger häufig angegeben, daß der Patient wisse, was ihm fehlt. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe gibt ebenfalls der Maniker signifikant häufiger an, daß er wisse, wo es ihm fehlt. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander. Dieses Item korreliert signifikant positiv mit den Items 36 ("hätte die Behandlung aufschieben sollen", $r = + .34$), Item 30 ("Aufenthalt überflüssig", $r = + .31$) und Item 14 ("fehl am Platz", $r = + .30$). Somit bedeutet die positive Beantwortung dieses Items eine vorhandene Tendenz, die Behandlung abzulehnen.

Das Item 11 ("habe feste Vorstellung davon, wie lange ich in der Klinik bleiben muß") wird in der Gesamtstichprobe relativ häufig positiv beantwortet (Mittelwert 0,40). Das Item korreliert signifikant positiv mit dem Item 43 ("weiß, welche Behandlung helfen würde"), $r = + .29$). Signifikante Korrelationen über .30 bestehen zu anderen Items nicht.

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient gibt weniger häufig, der Maniker dagegen häufiger an, daß er eine feste Vorstellung davon habe, wie lange er in der Klinik bleiben muß. Im Vergleich zum Rest wird bei depressiven Syndromen zusammen dieses Item signifikant weniger häufig positiv beantwortet. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe gibt der Maniker signifikant häufiger an, daß er eine feste Vorstellung von der Dauer des Klinikaufenthaltes habe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 28 ("bin über meinen jetzigen Zustand nicht beunruhigt") wird in der Gesamtstichprobe bei etwas weniger

als jedem 2. Patienten bejaht (Mittelwert 0,46). Dieses Item korreliert signifikant negativ mit sowohl dem vom Patienten angegebenen Krankheitsgefühl als auch mit dem vom behandelnden Arzt objektiv eingeschätzten Krankheitsgefühl des Patienten ($r = ,38$ bzw. $- ,35$). Ferner korreliert dieses Item mit zahlreichen weiteren Items, beispielsweise signifikant positiv mit den Items 55 ("Seele in Ordnung") und 25 ("keine Beschwerden, für die ich Abhilfe suche"); $r = ,32$ bzw. $,31$.

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive, das ängstlich-depressive, das gehemmt-depressive und das manische Syndrom sowie Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Bei den genannten depressiven Syndromen wird weniger häufig angegeben, daß der Patient über seinen Zustand nicht beunruhigt sei, während dies beim Maniker sowie beim denkgestörten Patienten häufiger angegeben wird. Depressive Syndrome zusammen unterscheiden sich im Vergleich zum Rest signifikant im genannten Sinne. Dagegen unterscheiden sich paranoide Syndrome nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression, Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sowie die schizoaffective Psychose signifikant von der Gesamtstichprobe. Der Maniker sowie der schizoaffective Psychotiker geben häufiger an, daß sie über ihren jetzigen Zustand nicht beunruhigt seien, der endogene depressive Patient sowie der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte geben weniger häufig an, daß sie nicht beunruhigt seien. Psychosen geben im Vergleich zu Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger an, daß sie über ihren jetzigen Zustand nicht beunruhigt seien.

Das Item 54 ("bin so anders, daß keiner mit mir etwas anfangen kann") wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig positiv beantwortet (Mittelwert 0,23). Dieses Item korre-

liert signifikant positiv mit Item 44 ("wenn es so weiter geht, ist es aus"), $r = .38$. Dagegen korreliert dieses Item nicht mit Item 16 ("andere Menschen finden, daß ich nicht mehr so bin wie früher").

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das gehemmt-depressive Syndrom sowie das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient gibt häufiger an, daß keiner etwas mit ihm anfangen könne, während dies der Psychoorganiker weniger häufig angibt. Bei depressiven Syndromen insgesamt wird signifikant häufiger im Vergleich zum Rest angegeben, daß der Patient so anders sei, daß keiner mit ihm etwas anfangen könne. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Depression sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt häufiger, der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte dagegen weniger häufig an, so anders zu sein, daß keiner mit ihm etwas anfangen könne. Psychosen geben im Vergleich zu Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger an, so anders zu sein, daß keiner mit ihnen etwas anfangen könne.

Das Item 44 ("wenn mein Zustand weiterhin so bleibt, ist es aus") wird in der Gesamtstichprobe relativ häufig, d.h. bei etwa jedem 3. Patienten positiv beantwortet (Mittelwert 0,36). Dieses Item korreliert mit zahlreichen Items, beispielsweise signifikant positiv mit dem vom Patienten subjektiv angegebenen Krankheitsgefühl (Item 139, $r = .36$).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive Syndrom, das organische Psychosyndrom sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient gibt häufiger an, daß es aus sei, wenn sein

Zustand weiterhin so bleiben würde. Der Psychoorganiker sowie der Maniker geben dagegen dies weniger häufig an. Die depressiven Syndrome insgesamt geben im Vergleich zum Rest signifikant häufiger an, daß es aus sei, wenn ihr Zustand weiterhin so bleiben würde. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich ebenfalls der Maniker signifikant von der Gesamtstichprobe, indem er weniger häufig angibt, daß es aus sei, wenn sein Zustand weiterhin so bleiben würde. Psychosen und Neurosen/Personlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 16 ("andere Menschen finden, daß ich nicht mehr so bin wie früher") wird in der Gesamtstichprobe häufig, d.h. bei 2/3 der Patienten, positiv beobachtet (Mittelwert 0,66). Dieses Item korreliert signifikant negativ mit dem Item 50 ("habe mich im Vergleich zu früher nicht verändert", $r = -.31$).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive Syndrom und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient gibt häufiger, der Psychoorganiker dagegen weniger häufig an, daß andere Menschen finden, daß er nicht mehr so sei wie früher. Depressive Syndrome zusammen geben im Vergleich zum Rest signifikant häufiger an, daß andere Menschen finden, daß sie nicht mehr so seien wie früher. Paranoide Syndrome unterscheiden sich dagegen nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, das organische Psychosyndrom sowie "andere" Diagnosen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der endogen depressive Patient gibt häufiger, dagegen der Psychoorganiker - wie bereits erwähnt - ebenso wie Patienten mit "anderen" Diagnosen weniger häufig an, daß andere Menschen sie im

Vergleich zu früher als verändert erleben. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 73 ("habe mich auf Zuraten anderer in die Behandlung begeben") wird in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 2. Patienten positiv beantwortet (Mittelwert 0,52). Dieses Item korreliert mit keinem anderen Item, d.h. auch nicht mit dem vorhergehenden Item 16 (s. o.).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich Denkstörungen sowie andere Syndrome signifikant von der Gesamtstichprobe: Der denkgestörte Patient gibt häufiger an, daß er sich auf Zuraten anderer in die Behandlung begeben hätte. Das Umgekehrte gilt für andere Syndrome. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe. Diese Patienten geben weniger häufig an, daß sie sich auf Zuraten anderer in die Behandlung begeben haben. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 65 ("brauche einfach Ruhe und Erholung") wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig bejaht (Mittelwert 0,73). Dieses Item korreliert signifikant positiv mit dem Item 115 ("mein Denken ist irgendwie anders als früher", $r = .48$).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive Syndrom und das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient und der Psychoorganiker geben weniger häufig an, daß sie zu ihrer Besserung einfach Ruhe und Erholung brauchen. Paranoide

bzw. depressive Syndrome insgesamt betrachtet unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich ebenfalls das organische Psychosyndrom von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 70 ("glaube, daß man mir meine Schwierigkeiten nicht ansieht") wird in der Gesamtstichprobe häufig positiv beantwortet (Mittelwert 0,60). Das Item zeigt keine signifikanten Korrelationen zu anderen Items.

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das organische Psychosyndrom, die Denkstörungen sowie das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker sowie der denkgestörte Patient glauben weniger häufig, daß man ihnen ihre Schwierigkeiten nicht ansehen könne, während der Maniker häufiger der Meinung ist, daß man ihm seine Schwierigkeiten nicht ansehe. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom - wie oben - signifikant von der Gesamtstichprobe. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Das Item 110 ("ich habe mich mit meiner Krankheit abgefunden") wird in der Gesamtstichprobe weniger häufig bejaht (Mittelwert 0,26). Dieses Item zeigt ebenfalls keine signifikanten Korrelationen zu anderen Items.

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive Syndrom, das organische Psychosyndrom sowie die Denkstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depres-

sive Patient gibt weniger häufig an, daß er sich mit seiner Krankheit abgefunden habe, der Psychoorganiker sowie der denkgestörte Patient geben häufiger an, daß sie sich mit ihren Krankheiten abgefunden haben. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie, die endogene Depression, das organische Psychosyndrom sowie die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker sowie der Psychoorganiker geben häufiger, der endogen depressive Patient sowie der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte dagegen weniger häufig an, daß sie sich mit ihrer Krankheit abgefunden haben. Der Psychotiker gibt signifikant häufiger an, daß er sich mit seiner Krankheit abgefunden habe, als der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte.

Das Item 129 ("es wird mir bestimmt bald besser gehen") wird in der Gesamtstichprobe sehr häufig positiv beantwortet (M-Wert 0,82). Dieses Item korreliert signifikant negativ mit dem Vorhandensein von Krankheitsgefühl (Item 139, $r = -.32$). Es korreliert auch signifikant negativ mit Item 18 und 62 und signifikant positiv mit Item 117 (siehe Anhang).

In der Syndromgruppe unterscheiden sich das depressive und das manische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der depressive Patient ist weniger häufig der Meinung, daß es ihm bald besser gehen wird, der Maniker dagegen gibt dies häufiger an. Depressive Syndrome insgesamt unterscheiden sich durch die häufigere Ablehnung des Items signifikant vom Rest. Dagegen unterscheiden sich paranoide Syndrome nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheidet sich das organische Psychosyndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Psychoorganiker ist weniger häufig der Meinung, daß es ihm bald besser gehen wird. Psychosen und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht voneinander.

Item 29 (Glaube nicht, daß ich selbst zu meiner Besserung beitragen kann) wird in der Gesamtstichprobe bei etwa jedem 4. Patienten bejaht (H-Wert 0,27).

In der Syndromgruppe unterscheidet sich das hypochondrische Syndrom signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Hypochonder gibt häufiger an, daß er zu seiner Besserung nicht selbst beitragen zu können glaubt. Paranoide bzw. depressive Syndrome unterscheiden sich jeweils nicht vom Rest.

In der Diagnosegruppe unterscheiden sich die endogene Manie und die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen signifikant von der Gesamtstichprobe: Der Maniker glaubt häufiger, der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte weniger häufig, daß er zu seiner Besserung selbst beitragen kann. Psychosen und Neurosen unterscheiden sich nicht voneinander.

3.5 Ergebnisse des Patienten-Fragebogens auf Faktoren- ebene

3.5.1. Beschreibung der Faktoren (s. Anhang S. 169 ff)

Faktor I

Dieser Faktor beschreibt die Einstellung eines Patienten der die klinische Behandlung ablehnt: Der Patient hält sich nicht für behandlungsbedürftig, Medikamente und ärztliche Gespräche helfen ihm nicht. Die Beurteilungskraft des Arztes wird angezweifelt, auf den Arzt könne sich der Patient nicht verlassen. An eine baldige Besserung seines Zustandes glaubt der Patient nicht. Antrieb, Schwung und Aktivität empfindet er als vermindert.

Auf den Faktor I laden keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmale, ebenfalls nicht die objektive Beurteilung über Krankheitseinsicht oder -gefühl durch den behandelnden Arzt. Es laden auf diesen Faktoren nur Variablen des Patienten-Fragebogens.

Zusammenfassend beschreibt der Faktor I eine generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung, unabhängig vom Problem der Erkrankung.

Eine derartige generelle Ablehnung der Therapie findet sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim depressiven Syndrom: Der depressive Patient (nur depressives Syndrom) zweifelt an der Möglichkeit, durch klinische und ärztliche Behandlung eine Besserung seines Zustandes zu erfahren. Auch durch eigene Mitarbeit könne es keine Besserung geben. Der Patient findet die Behandlung nicht gut und hält den Aufenthalt im Krankenhaus für überflüssig. Er sei nicht bereit, solange im Krankenhaus zu bleiben, wie es ihm der Arzt vorschreibt. Das gleiche gilt in der Diagnosegruppe in noch stärkerem Ausmaß für die Neurose/Persönlichkeitsstörung. (Dabei ist anzumerken, daß die in der Studie untersuchten Neurose-Patienten/Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zum größten Teil ein depressives Syndrom hatten, sodaß sich depressives Syndrom und Neurose/Persönlichkeitsstörung in großen Teilen überschneiden).

Eine generelle Behandlungsbereitschaft mit positiver Beurteilung der Therapie (negative Faktorladung) findet sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim organischen Psychosyndrom und beim agitiert-depressiven Syndrom: Diese Patienten finden die Behandlung eher gut und halten sie auch für wirklich notwendig. Gespräche wie Medikamente werden als Bestandteile der Therapie begrüßt. Der Arzt spielt für den Kranken eine bedeutende Rolle: Er könne den Zustand des Kranken am besten beurteilen. Schwung und Antrieb sind subjektiv erhalten und durch aktive Mitarbeit bei der Therapie wird eine baldige Besserung erwartet. Das gleiche gilt in der Diagnosegruppe für die endogene Depression und auch hier für das organische Psychosyndrom.

Faktor II

Der Faktor II beschreibt einen Patienten, dessen Stimmung, Refinden, Denken, Schwung, Antrieb und Aktivität empfindlich gestört sind. Er gibt seelische Beschwerden bzw. seelische Veränderungen an und hat subjektiv ein starkes Krankheitsgefühl. Er fühlt sich nicht mehr so wie früher und ist über seinen momentanen Zustand beunruhigt. Wenn sein Zustand so bleibe, sei es für ihn aus. Er wünscht sich, wieder so zu sein, wie die "anderen". Im Krankenhaus fühlt er sich am besten aufgehoben, der Aufenthalt zu Hause wird nicht vorgezogen. Auch objektiv vermittelt dieser Patient dem behandelnden Arzt den Eindruck von Krankheitsgefühl sowie Krankheitseinsichtigkeit.

Auf diesen Faktor laden zahlreiche klinische Psychopathologie-Skalen aus dem MMPI-Test wie Depression, Psychasthenie, Schizoidie, Hysterie, soziale Introversion, Paranoia und Psychopathie. Es findet sich in diesem Faktor somit eine heterogene Zusammenstellung verschiedener neurose- und psychoserelevanter Dimensionen, wobei anzumerken ist, daß die Validitätsskala F aus dem MMPI-Test, die die Brauchbarkeit der klinischen Skalen relativiert, ebenfalls

auf den Faktor II lädt. Dadurch wird die Bedeutung der obengenannten klinischen Psychopathologie-Skalen in bezug auf Faktor II abgeschwächt, d.h. eine differenzierte Betrachtung bezüglich neurose-/psychorelevanter Merkmale wird nicht ermöglicht.

Zusammenfassend beschreibt der Faktor II eine subjektiv stark und bedrohlich empfundene Wahrnehmung von Symptomen, seelischen Veränderung und Beschwerden mit Behandlungsbereitschaft.

In der Syndromgruppe findet sich eine derartig stark und bedrohlich empfundene Symptomatik signifikant häufiger beim depressiven, beim ängstlich-depressiven, beim gehemmt-depressiven und beim hypochondrischen Syndrom. Diese Patienten fühlen sich seelisch krank und sind über ihren momentanen Zustand beunruhigt. Stimmung, Befinden, Antrieb und Aktivität sind gestört. Das Denken ist verändert. Der Wunsch nach Heilung bzw. nach einer Änderung des Zustandes ist groß. Das gleiche gilt in der Diagnosegruppe für die endogene Depression und für die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen.

Eine geringe oder fehlende Wahrnehmung von seelischen Veränderungen und Beschwerden (negative Faktorladung) findet sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim manischen Syndrom, bei Denkstörungen, beim katatonen Syndrom und beim organischen Psychosyndrom. Diese Patienten finden, daß ihre Seele in Ordnung sei. Seelisch krank seien sie nicht. Ihr momentaner Zustand beunruhigt sie nicht. Trotz Schwierigkeiten fühlen sie sich als Mensch wie jeder andere. Antrieb, Aktivität, Befinden, Denken und Stimmung seien nicht gestört. Vom behandelnden Arzt wird diesen Patienten eine fehlende Krankheitseinsicht ebenso wie fehlendes Krankheitsgefühl bescheinigt. Das gleiche gilt in der Diagnosegruppe für die endogene Manie und für die schizoaffective Psychose.

Faktor III

Der Faktor III beschreibt einen Patienten, der sich mißverstanden, verkannt und verachtet fühlt. Er wisse genau, wo es ihm fehle und welche Behandlung ihm jetzt helfen würde. Auch der Arzt könne seinen Zustand nicht treffend beurteilen, die Ärzte seien noch nicht auf der richtigen Spur. Der Klinikaufenthalt wird als unnütz empfunden. Der Patient wüßte nicht, daß die Behandlung überhaupt etwas helfen würde und besteht auf einer sofortigen Entlassung aus der Klinik. Eine andere Umgebung wäre für ihn besser. Die Krankheit bzw. der momentane Zustand wird als eine Prüfung bzw. eine Strafe empfunden. Objektiv macht der Patient auf den behandelnden Arzt einen kranken Eindruck. Der Arzt beurteilt ihn als krankheitsuneinsichtig.

Auf diesen Faktor läßt die klinische Psychopathologie-Skala Hypomanie.

Zusammenfassend beschreibt der Faktor III den Zustand der als Strafe oder Prüfung empfundenen Krankheit (metaphysisches Krankheitsmodell), wobei die Behandlungsunwilligkeit eindeutig im Vordergrund steht. Der Patient fühlt sich mißverstanden und abgelehnt, er wisse, was ihm helfen könnte.

In der Syndromgruppe findet sich eine derartige Auffassung von der Krankheit mit Behandlungsunwilligkeit signifikant häufiger bei Denkstörungen und beim manischen Syndrom. Diese Patienten geben häufiger an, keine solchen Beschwerden zu haben, für die sie Abhilfe suchen. Sie fühlen sich ungerecht behandelt und lehnen den Klinikaufenthalt ab. Ihr Zustand ändere sich durch die Behandlung ja doch nicht. Keiner außer ihnen selbst wisse, was los sei. In der Diagnosegruppe findet sich keine Diagnose, die signifikant höher als eine andere Diagnose auf diesen Faktor läßt.

Eine Behandlungsbereitschaft aufgrund von Beschwerden, für die Abhilfe gesucht wird (negative Faktorladung) findet sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim organischen Psychosyndrom und beim hypochondrischen Syndrom. Diese Patienten empfinden ihre Krankheit nicht als Strafe oder als eine Prüfung, sie fühlen sich nicht abgelehnt oder ungerecht behandelt. Sie sind zur klinischen Behandlung bereit. Über die Art und Ursache der Erkrankung glauben die Patienten nicht mehr zu wissen als der behandelnde Arzt. Dies gilt auch in der Diagnosegruppe für das organische Psychosyndrom.

Faktor IV

Der Faktor IV beschreibt einen Patienten, der seelische Krankheiten abwehrt. Er gibt an, daß Menschen, die ihn gut kennen, seinen Zustand nicht richtig beurteilen können. Von ärztlichen Gesprächen hält er nichts. Die Krankheit empfindet er als unbeeinflussbar und in ihrem Verlauf als hoffnungslos. Er glaube, es gebe nichts, was ihm wirklich helfen würde. Auch durch eigene Mitarbeit glaubt er nicht zur Besserung beitragen zu können. Dabei ist er zur klinischen Behandlung bereit. Das Krankenhaus sei momentan für ihn der beste Aufenthaltsort. Objektiv macht der Patient auf den Arzt einen kranken Eindruck.

Auf diesen Faktor laden einige klinische Psychopathologie-Skalen negativ: Hypomanie, Psychopathie und Paranoia. Es lädt auf den Faktor IV auch ein hoher Lügenwert, ein hoher K-Wert und ein niedriger F-Wert. Wie oben bereits geschildert (s. unter 2.1.3.), bedeutet ein hoher Lügenwert, daß der Patient stets die Antworten auswählt, die ihn in ein günstiges Licht setzen. Ähnlich zeigt der hohe K-Wert eine Abwehrhaltung gegenüber seelischen Schwächen: Der Patient versucht, einen möglichst "normalen" Eindruck zu erwecken. Zusammen mit dem niedrigen F-Wert gibt diese Konfiguration einen Hinweis auf Dissimulationstendenzen (S. DAHLSTROM et al.: An MMPI Handbook 1972).

Zusammenfassend beschreibt der Faktor IV eine Abwehrhaltung gegenüber seelischen Krankheiten, die der Patient jedoch nicht in subjektiv wahrgenommenen Symptomen erlebt und differenzieren kann. Der Zustand wird dagegen als hoffnungslos und unbeeinflussbar empfunden. Der Patient fühlt sich von der Hilfe durch menschlichen Kontakt abgeschnitten, er ist zur Behandlung aber bereit.

In der Syndromgruppe findet sich kein Syndrom, bei dem eine derartige Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit signifikant häufiger als im Gesamtdurchschnitt vorkommt. Am ehesten wären es das hypochondrische, das gehemmt-depressive und das paranoid-depressive Syndrom, Denkstörungen und das organische Psychosyndrom. In der Diagnosegruppe findet sich eine Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit signifikant häufiger bei der endogenen Depression und beim organischen Psychosyndrom. Diese Patienten wehren seelische Schwächen von sich ab. Sie erleben ihre Lage als hoffnungslos, ohne ein subjektives Beschwerdebild anzugeben. Der Wunsch nach einer Änderung dieses Zustandes ist vorhanden: Der Patient ist zur Behandlung bereit, glaubt aber nicht, daß klinische und ärztliche Maßnahmen entscheidend helfen können.

Eine als keineswegs hoffnungslos oder unbeeinflussbar erlebte Krankheit (negative Faktorladung) findet sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim paranoiden Syndrom. Diese Patienten zeigen eine verminderte Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit, sie empfinden die Fremdbeurteilung als zutreffend. Sie erleben ihre Situation nicht als hoffnungslos, sondern erwarten durch eigen Mitarbeit eine baldige Besserung. Ärztliche Gespräche werden begrüßt, eine längere stationäre Behandlung wird jedoch abgelehnt. Auf den behandelnden Arzt machen sie nur einen leichtkranken Eindruck. Das gleiche gilt in der Diagnosegruppe für die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen.

Faktor V

Der Faktor V beschreibt den hypochondrischen Patienten. Der Patient fühlt sich hauptsächlich körperlich krank, er gibt körperliche Symptome und Beschwerden an. Von Menschen, die ihn gut kennen, fühlt er sich falsch eingeschätzt und beurteilt. Entsprechend der körperlichen Ursache seiner Krankheit sind auch seine Vorstellungen über die für ihn momentan besten Behandlungsmöglichkeiten: Eine Operation z.B. würde helfen, eine Kur wäre auch gut (medizinisches-somatisches Krankheitsmodell). Vom behandelnden Arzt wird dem Patienten eine fehlende Krankheitseinsicht bescheinigt. Auf diesen Faktor laden keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmale.

Solche hypochondrischen Züge finden sich in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim organischen Psychosyndrom, beim manischen, beim paranoid-halluzinatorischen, beim paranoiden Syndrom und erwartungsgemäß beim hypochondrischen Syndrom. In der Diagnosegruppe finden wir hypochondrische Züge signifikant häufiger beim organischen Psychosyndrom, bei der Schizophrenie und bei der endogenen Manie.

Ein nicht auf organische Störung bezogenes Krankheitsgefühl und Krankheitsbewußtsein (negative Faktorladung) findet sich dagegen in der Syndromgruppe signifikant häufiger beim depressiven und beim gehemmt-depressiven Syndrom. In der Diagnosegruppe findet sich ein nicht somatisch bezogenes Krankheitsgefühl und Krankheitsbewußtsein signifikant häufiger bei der endogenen Depression und bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen. Beide Patientengruppen erleben ihre Krankheit im Gegensatz zum Hypochonder nicht als körperlich bedingt. Persönliche Probleme seien eher die Ursache der Krankheit. Von Freunden und Bekannten fühlen sie sich treffend beurteilt. Der behandelnde Arzt beurteilt sie als krankheitseinsichtig.

3.5.2. Beschreibung der Syndrome und Diagnosen

Das depressive Syndrom läßt im Vergleich zur Gesamtstichprobe signifikant höher auf die Faktoren I und II und signifikant niedriger auf den Faktor V: Somit finden wir beim depressiven Syndrom eine häufigere generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung, eine häufigere subjektiv stark und bedrohlich empfundene Wahrnehmung von Symptomen und Beschwerden und häufiger das Gefühl bzw. die Ansicht, nicht körperlich erkrankt zu sein.

Das ängstlich-depressive Syndrom läßt signifikant höher auf den Faktor II: Beim ängstlich-depressiven Syndrom finden wir häufiger eine subjektiv stark und bedrohlich empfundene Wahrnehmung von Symptomen, seelischen Veränderungen und Beschwerden mit Therapiebereitschaft.

Das gehemmt-depressive Syndrom läßt signifikant höher auf Faktor II und signifikant niedriger auf den Faktor V: Beim gehemmt-depressiven Syndrom finden wir ebenfalls häufiger eine subjektiv stark und bedrohlich empfundene Symptomatik mit starkem Krankheitsgefühl sowie häufiger das Gefühl bzw. die Ansicht, nicht körperlich krank zu sein.

Das agitiert-depressive Syndrom läßt signifikant niedriger auf den Faktor I: Beim agitiert-depressiven Syndrom finden wir weniger häufig eine generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung.

Das paranoid-depressive Syndrom zeigt keine signifikanten Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

Das paranoide Syndrom läßt signifikant höher auf den Faktor V und signifikant niedriger auf den Faktor IV: Beim paranoiden Syndrom finden wir häufiger eine hypochondrische Haltung des Patienten; der Patient ist häufiger der Meinung, er sei hauptsächlich körperlich krank. Gleich-

zeitig ist eine Abwehrhaltung gegenüber seelischen Krankheiten, wobei der Zustand auch nicht als hoffnungslos oder unbeeinflussbar erlebt wird, weniger häufig vorhanden. Somit zeigt sich, daß der paranoide Patient weder körperliche noch seelische Schwächen von sich wehrt, sein Krankheitsmodell ist eher vielfältig. In seiner Persönlichkeit stellt er sich als manisch, psychopathisch und paranoid heraus.

Das paranoid-halluzinatorische Syndrom läßt signifikant höher auf den Faktor V: Genau wie beim paranoiden Syndrom treten hypochondrische Züge im Vergleich zur Gesamtstichprobe stärker hervor.

Das organische Psychosyndrom läßt signifikant höher auf den Faktor V und signifikant niedriger auf die Faktoren I, II und III: Der Psychoorganiker zeigt somit häufiger hypochondrische Züge. Er neigt weniger dazu, die klinische und ärztliche Behandlung abzulehnen. Er empfindet Symptome und Beschwerden subjektiv nicht als stark oder bedrohlich, ist über seinen momentanen Zustand nicht beunruhigt und fühlt sich trotz Schwierigkeiten als Mensch wie jeder andere. Weniger häufig empfindet er seinen Zustand als Strafe oder Prüfung, fühlt sich weniger häufig abgelehnt und ungerecht behandelt und glaubt nicht mehr über seine Erkrankung zu wissen als der behandelnde Arzt. Seine Persönlichkeit stellt sich als nicht-manisch, d.h. als eher depressiv heraus.

Das hypochondrische Syndrom läßt signifikant höher auf die Faktoren II und V, signifikant niedriger dagegen auf den Faktor III: Der Hypochonder erlebt seine Krankheit als subjektiv stark und bedrohlich, er hat ein starkes Krankheitsgefühl. Erwartungsgemäß zeigt er sich hypochondrisch: Seine Krankheit sei hauptsächlich körperlich bedingt. Dagegen empfindet er seine Krankheit nicht als Strafe oder

Prüfung, er fühlt sich nicht abgelehnt oder ungerecht behandelt und ist zur klinischen Behandlung bereit. Die Persönlichkeit des Hypochonders ist wie beim Psychoorganiker als nicht-manisch, d.h. als eher depressiv zu bezeichnen.

Denkstörungen laden signifikant höher auf den Faktor III, signifikant niedriger auf den Faktor II: Diese Patienten geben häufiger an, keine solchen Beschwerden zu haben, für die sie Abhilfe suchen. Sie fühlen sich ungerecht behandelt und lehnen den Klinikaufenthalt ab. Sie glauben nur selbst zu wissen, was ihnen helfen könnte. Dabei geben sie an, daß die Seele in Ordnung sei, trotz Schwierigkeiten fühlen sie sich als Mensch wie jeder andere. Ihr momentaner Zustand beunruhigte sie nicht. Antrieb, Aktivität, Befinden, Denken und Stimmung seien im Vergleich zu früher nicht verändert. Vom behandelnden Arzt wird dem Patienten eine fehlende Krankheitseinsicht und ein fehlendes Krankheitsgefühl bescheinigt. In seiner Persönlichkeitsstruktur zeigt sich der Patient manisch.

Das manische Syndrom lädt signifikant höher auf den Faktor III und signifikant niedriger auf die Faktoren II und V: Der Maniker empfindet seinen Zustand als eine Strafe oder Prüfung und ist im Vergleich zur Gesamtstichprobe eindeutig behandlungsunwilliger. Er fühlt sich mißverstanden und abgelehnt, er wisse, was ihm helfen könnte. Dagegen empfindet er seinen Zustand nicht als bedrohlich, er hat ein geringes Krankheitsgefühl. Seine Seele sei in Ordnung, sein momentaner Zustand beunruhe ihn nicht. Der behandelnde Arzt beurteilt ihn als krankheitsuneinsichtig und ohne Krankheitsgefühl. Der Maniker zeigt sich in gewisser Weise hypochondrisch: Er fühlt sich von Menschen, die ihn gut kennen, falsch eingeschätzt und beurteilt. Eine gute Behandlungsmöglichkeit sei z.B. eine Operation oder Kur. Desweiteren zeigt sich der Maniker in seiner Persönlichkeitsstruktur erwartungsgemäß manisch.

Das katatone Syndrom lädt signifikant niedriger auf den Faktor II: Der katatone Patient findet, daß seine Seele in Ordnung sei, er fühlt sich durch seinen momentanen Zustand nicht beunruhigt. Trotz Schwierigkeiten fühlt er sich als Mensch wie jeder andere. Antrieb, Aktivität, Befinden, Denken und Stimmung sind subjektiv nicht gestört. Vom behandelnden Arzt wird dem Patienten eine fehlende Krankheitseinsicht und fehlendes Krankheitsgefühl bescheinigt.

"Andere" Syndrome unterscheiden sich nicht von der Gesamtstrichprobe.

Die endogene Manie lädt signifikant höher auf den Faktor V und signifikant niedriger auf den Faktor II: Verglichen mit dem Maniker in der Syndromgruppe fehlt die signifikant stärkere Ladung auf dem Faktor III. Ansonsten verhält sich der Maniker in Syndrom- und Diagnosegruppe identisch.

Die endogene Depression lädt signifikant höher auf die Faktoren II und IV, signifikant niedriger auf die Faktoren I und V: Der endogen-depressive Patient fühlt sich seelisch krank und ist über seinen momentanen Zustand beunruhigt. Stimmung, Befinden, Denken, Antrieb und Aktivität sind subjektiv gestört. Der Wunsch nach Heilung bzw. einer Änderung dieses Zustandes ist groß. Gleichzeitig zeigt sich aber eine Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit, wobei letztere in subjektiv wahrnehmbaren Symptomen nicht erlebt wird. Der Zustand wird häufig als hoffnungslos und unbeeinflussbar empfunden und der Patient fühlt sich von der Hilfe durch menschlichen Kontakt abgeschnitten. Er ist zur Behandlung bereit, findet sie gut und hält sie auch für wirklich notwendig. Der Arzt könne den Zustand des Patienten am besten beurteilen. Durch aktive Mitarbeit erwartet der Patient eine baldige Besserung. Weniger häufig finden sich hypochondrische Züge, die Krankheit sei nicht hauptsächlich

körperlich bedingt. Persönliche Probleme wären eher eine Ursache der Krankheit. Durch den behandelnden Arzt wird der Patient als krankheitseinsichtig beurteilt. Dem endogen depressiven Patienten fehlen insbesondere die klinischen Psychopathologie-Merkmale Hypomanie, Psychopathie und Paranoia.

Die schizoaffective Psychose lädt signifikant niedriger auf den Faktor II: Der schizoaffective Psychotiker fühlt sich weniger häufig seelisch krank, sein momentaner Zustand beunruhigte ihn nicht. Trotz Schwierigkeiten fühle er sich als Mensch wie jeder andere. Antrieb, Aktivität, Befinden, Denken und Stimmung seien im Vergleich zu früher nicht verändert. Vom behandelnden Arzt wird dem Patienten eine fehlende Krankheitseinsicht sowie fehlendes Krankheitsgefühl bescheinigt.

Die Schizophrenie lädt signifikant höher auf den Faktor V: Der Schizophrene zeigt häufiger hypochondrische Züge. Der behandelnde Arzt beurteilt ihn eher als krankheitsun-einsichtig.

Beim organischen Psychosyndrom, das oben bereits beschrieben wurde, findet sich in der Diagnosegruppe eine zusätzliche signifikant hohe Ladung auf den Faktor IV: Der Psychoorganiker zeigt häufiger eine Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit, er empfindet seinen Zustand häufiger als hoffnungslos und unbeeinflussbar. In seiner Persönlichkeit fehlen ihm insbesondere die Dimensionen Hypomanie, Psychopathie und Paranoia.

Die Neurose/Persönlichkeitsstörung lädt signifikant höher auf die Faktoren I und II, signifikant niedriger auf die Faktoren IV und V: Bei der Neurose/Persönlichkeitsstörung findet sich häufiger eine generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung. Die Behandlung wird häufiger für

nicht gut, der Klinikaufenthalt häufiger für überflüssig gehalten. Der Patient sei nicht bereit, solange im Krankenhaus zu bleiben, wie es ihm der Arzt vorschreibt. Seelische Veränderungen bzw. Beschwerden werden subjektiv stark und bedrohlich empfunden. Der Patient fühlt sich seelisch krank und sei über seinen momentanen Zustand beunruhigt. Stimmung, Befinden, Denken, Antrieb und Aktivität sind subjektiv gestört, der Wunsch nach Heilung bzw. einer Änderung des Zustandes ist groß. Eine Abwehrhaltung gegenüber seelischen Krankheiten kommt weniger häufig vor. Der Zustand wird nicht als hoffnungslos empfunden, sondern der Patient erwartet durch eigene Mitarbeit eine baldige Besserung. Ärztliche Gespräche werden begrüßt, eine längere stationäre Behandlung wird jedoch abgelehnt. Auf den behandelnden Arzt macht der Patient einen nicht so kranken Eindruck. Der Neurotiker/Persönlichkeitsgestörte zeigt weniger häufig hypochondrische Züge. Der behandelnde Arzt beurteilt ihn häufiger als krankheitseinsichtig. Seine klinischen Psychopathologie-Merkmale sind: Hypomanie, Psychopathie und Paranoia.

"Andere" Diagnosen unterscheiden sich nicht von der Gesamtstrichprobe.

4. DISKUSSION

4.1. Stichprobe und Durchführung der Untersuchung:

Bei der Diskussion der Ergebnisse muß bezüglich generalisierende Schlüsse auf den psychiatrischen Patienten allgemein Folgendes im Auge behalten werden: Die Stichprobe ist nach den Kriterien der Quotenstichprobe erhoben und sollte damit gewährleisten, daß für statistische Aussagen hinreichend viele Patienten in den vorher festgelegten Syndrom- und Diagnosegruppen sind. Insbesondere für relativ seltenere Syndrome, z.B. katatonies Syndrom, war die Festlegung einer Mindestzahl von Patienten notwendig. Die Höhe der Quoten orientierte sich außerdem an der Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Syndrome und Diagnosen wie sie in den letzten Jahren an der psychiatrischen Universitätsklinik vorlag und sollte damit die Erhebung der Stichprobe in einem vertretbaren Zeitraum ermöglichen.

Da die Patienten überwiegend aus der psychiatrischen Universitätsklinik München stammten, handelte es sich in der Mehrzahl um akutere (vom behandelnden Arzt als mittelschwer bis schwer krank bezeichnete) und kurzfristiger aufgetretene Erkrankungen (die Gesamtdauer der Behandlungen betrug im Mittel nur bis zu 6 Monaten; s. auch Tabelle 1, S.147). Ferner dürfte eine Selektion dadurch eingetreten sein, daß nur jeder zweite Patient den Fragebogen ausgefüllt hat (es sind damit rund 1.000 Patienten primär im Rahmen der Studie angesprochen worden). Die Patienten, die in der Studie mitgearbeitet haben, könnten hinsichtlich Krankheitseinsicht und -gefühl eine positive oder negative Selektion darstellen. Sie gaben aber zuverlässige Angaben, wie aus den Korrelationen mit den Kontrollskalen (s. S.23) ersichtlich ist.

Hinsichtlich der syndromalen und diagnostischen Zuordnung

der Patienten, die in der Gesamtstichprobe als zwischen leicht und mittelschwer liegend bezeichnet wurden, kann auf eine hinreichend sichere Kategorisierung geschlossen werden, wenn auch die bekannten Reliabilitätseinschränkungen der psychiatrischen Diagnostik zu berücksichtigen sind (COOPER et al. 1972; KENDELL et al. 1971; KENDELL, 1973).

Die Patienten der Studie waren zu 39 % mit Neuroleptika, zu 34 % mit Antidepressiva und zu 12 % mit Tranquilizern behandelt worden, dadurch ergibt sich im Mittel eine Dosierung, die noch unter "niedriger Dosierung" liegt (s. Tabelle 1, S.147). Da die Testung im Rahmen der Studie relativ am Anfang des stationären Aufenthaltes erfolgte, gab es durchaus auch unbehandelte Patienten. Die Wahrscheinlichkeit, daß Krankheitseinsicht/Krankheitsgefühl stark von Psychopharmaeffekten überlagert oder verfälscht wurde, erscheint somit eher gering.

4.2. Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl aus der Sicht des behandelnden Arztes

Die größere Variation innerhalb der Patienten bezüglich Krankheitseinsicht/Krankheitsgefühl gegenüber Schweregrad der Erkrankung erscheint plausibel und zu erwarten, da sich unter den Klinikpatienten praktisch keine Gesunden befinden, sodaß der Schweregrad der Erkrankung mit 0 = gesund praktisch ausfällt. Die Krankheitseinsicht ist jedoch zwischen den Werten 0 und 3 möglich und differenziert deshalb die Syndrom- und Diagnosegruppen prägnanter.

Die ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht in der Studie stimmt gut mit den gängigen klinischen Konzepten über psychiatrische Patienten überein. Die depressiven Syndrome werden mit Ausnahme des paranoid-depressiven Syndroms im Vergleich zu anderen Syndromen als Krankheitseinsichtiger eingestuft und haben auch stärkeres Krankheitsgefühl.

Krankheitseinsichtiger unter den Diagnosen sind endogen Depressive und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen. Dies stimmt mit WEITBRECHT (1972) überein, der bei endogenen Psychosen zwei Gruppen trennt und lediglich den wahnhaften Depressionen fehlende Krankheitseinsicht sowie auch weniger Krankheitsgefühl bescheinigt. Die in der vorliegenden Studie geringe Anzahl der paranoid-depressiven Syndrome, die überwiegend in der Diagnosegruppe der endogenen Depression eingehen, zeigt deutlich eine verminderte Krankheitseinsicht. Dies wirkt sich jedoch auf den Mittelwert der Krankheitseinsicht in der großen Gruppe der endogenen Depression nicht wesentlich vermindern aus. Da die paranoid-depressiven Patienten auch als die schwerer Kranken eingestuft wurden, stimmen die Ergebnisse auch mit den Ausführungen von BECKER (1908) überein. Bei den paranoiden Syndromen sowie der Schizophrenie findet sich im Einklang mit SULLIVAN (1947) und neueren Ergebnissen von LJNDEN (1980) sowohl Krankheitseinsicht als auch Krankheitsgefühl vermindert.

Gleiches ist bei der Manie der Fall (sh. RUCKE, 1942; MAYER-GROSS, 1960; WEITBRECHT, 1972), wobei in dieser Syndrom- bzw. Diagnosegruppe das Krankheitsgefühl stärker reduziert ist, sodaß relativ zum Krankheitsgefühl die Krankheitseinsicht doch eher überwiegt (sh. auch BECKER (1908), der eine gewisse Krankheitseinsicht bei Manikern beschreibt). Es zeigt sich somit beim Maniker, daß es aus der Sicht des Arztes eine Krankheitseinsicht ohne das entsprechende Krankheitsgefühl geben kann, es ist bei diesem Patienten - möglicherweise im Gegensatz zu depressiven Patienten - das Krankheitsgefühl somit keine Voraussetzung für Krankheitseinsicht.

Die himnorganischen Patienten liegen hinsichtlich Krankheits- ein- und -gefühl im Durchschnitt der Gesamtstichprobe. Dies entspricht dem ebenfalls als durchschnittlich eingeschätzten Schweregrad ihrer Erkrankung in der Studie. Erst bei höheren Graden der Demenz wäre nach JASPERS (1953)

eine verminderte Krankheitseinsicht zu erwarten, während leichte Formen nach dem gleichen Autor eher ihre Krankheit intensiv empfinden.

Das hypochondrische Syndrom zeigt bei erhöhter und den depressiven Syndromen vergleichbarer Ausprägung von Krankheitsgefühl keine signifikant verminderte Krankheitseinsicht. Das klinische Konzept, daß der hypochondrische Patient im allgemeinen krankheitsuneinsichtig sei, wird somit nicht belegt, wenn auch eine deutliche Diskrepanz zugunsten des Krankheitsgefühles besteht.

Bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sind in der vorliegende Studie Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl gleichermaßen überdurchschnittlich vorhanden und damit deutlich höher als bei den Psychosen insgesamt (sh. dazu das subjektive Krankheitsgefühl des Patienten hinsichtlich Neurosen/Persönlichkeitsstörungen auf S. 84). Man hätte von der klinischen Erfahrung erwarten können, daß die Neurosen bezüglich Krankheitseinsicht höher als die endogene Depression liegen. Hier mag sich ausgewirkt haben, daß die nach klinischem Konzept weniger krankheits-einsichtigen abnormen Persönlichkeiten wegen der Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung mit den Neurose-Patienten zusammengefaßt wurden.

4.3. Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl und Anzahl sowie Gesamtdauer der früheren Behandlungen

Daß frühere Behandlungen einen Einfluß auf das momentane Krankheitsgefühl des Patienten haben, war nicht zu erwarten und wird in den vorliegenden Ergebnissen durch eine Korrelation um Null belegt. Schon eher ist ein Einfluß früherer Behandlungen auf die Krankheitseinsicht denkbar. Der fehlende Zusammenhang läßt verschiedene Interpretationen zu: 1) Es besteht tatsächlich kein Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Anzahl bzw. Dauer früherer stationärer Behandlungen. Dies ist für die Psychosen bestimmt

richtig. Schon JASPERS (1953) hebt hervor, daß in der voll ausgebildeten (akuten) Psychose ein Verlust der Persönlichkeit auftritt, der das fehlende Krankheitsbewußtsein als Teilmoment selbstverständlich enthält. Der Kranke kann in diesem Zustand keine Stellung zur Krankheit nehmen und es nutzen ihm die Erfahrungen früherer stationärer Aufenthalte somit auch nicht. 2) Ein Zusammenhang besteht möglicherweise nur für bestimmte Diagnosen bzw. Syndrome und kommt deshalb bei Betrachtung der Gesamtstichprobe nicht zum Tragen. Für Neurose-Patienten kann nach klinischer Erfahrung z.B. angenommen werden, daß eine längere Erkrankungsdauer mit der Erfahrung psychotherapeutischer Behandlung einer Krankheitseinsicht förderlich ist. Diese Behandlung kann jedoch ambulant erfolgen, schlägt sich dann nicht in der Zahl oder Dauer stationärer Aufenthalte nieder und gibt uns damit keine Erfassungsmöglichkeit in unseren Daten.

4.4. Krankheitseinsicht / Krankheitsgefühl und Intelligenz

Die fehlenden Zusammenhänge zwischen IQ und Krankheitseinsicht bzw. -gefühl können nur als globaler Hinweis gewertet werden, da einmal mit dem Wortschatz-Test aus dem HAWIE nur eine (grobe) Schätzung des IQ möglich ist und dann keine verschiedenen Faktoren der Intelligenz erhoben wurden, die möglicherweise zu differenzierenden Aussagen hätten führen können. Unsere Ergebnisse decken sich jedoch mit WEBER (1980), der referiert, daß unter anderen soziodemographischen Variablen auch die Intelligenz wenig Einfluß auf die Patienten-Mitarbeit bei der Behandlung (compliance) hat. Die unter 3.3. geschilderten signifikanten aber numerisch geringen Korrelationen des IQ mit Variablen des Patientenfragebogens legen nahe, daß der intelligentere Patient Fremdbeurteilung akzeptieren kann und behandlungsbereit ist (beides mögliche Komponente von Krankheitsein-

sicht). Auch eine zu erwartende Beziehung zwischen IQ und Krankheitseinsicht bei psychoorganischen Patienten konnte in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

4.5. Symptomwahrnehmung bei psychiatrischen Patienten

Geht man davon aus, daß bei der Compliance des Patienten Krankheitswahrnehmung, -Interpretation und -Bewertung (LINDEN, 1981) eine Rolle spielen, so muß die Symptomwahrnehmung auch für die Krankheitseinsicht von Bedeutung sein. Die Selbstwahrnehmung bzw. Selbsteinschätzung umfassenderer Variablen wie Krankheits- und Gesundheitszustand (HADDOX, 1962; MADDOX and DOUGLASS, 1973; WAN, 1976; GARRITY et al. 1978; ANDREWS and MCKENNEL, 1980; SADAVA et al. 1980) sowie die Wahrnehmung von psychopathologischer Symptomatik bei psychiatrischen Patienten (FERGUSON, 1979; SACKeim and GUR, 1979), auch unter dem Aspekt der Selbsttäuschung und Täuschung anderer (MARTIN, 1979; SACKeim and GUR, 1979) ist beschrieben worden, wobei von den Autoren jedoch keine Differenzierung in verschiedene psychiatrischen Syndrom- und Diagnosegruppen vorgenommen wurde.

Bezüglich unspezifischer Symptomwahrnehmung ist festzustellen: Die meisten Patienten der Gesamtstichprobe haben Veränderungen oder Störungen bei sich entdeckt (87 %), das Befinden ist im Vergleich zu früher überwiegend verändert (78 %) und wird als seelische (52 %) und/oder nervliche (48 %) Veränderung bzw. Störung bezeichnet. Körperliche Störungen werden nur bei 19 % angeführt, das Denken empfinden die meisten Patienten (73 %) als unverändert.

Bei den Patienten mit depressiven Syndromen wird im Vergleich zu anderen Patienten die Wahrnehmung von Veränderungen und Störungen besonders häufig angegeben. Depressive Patienten zeigen damit eine intensive Symptomwahr-

nehmung und empfinden diese auch als seelisch bedingt.

Die paranoiden Syndrome haben eine der Gesamtstichprobe entsprechende (unspezifische) Symptomwahrnehmung und merken damit durchaus Veränderungen, was nicht beinhaltet, daß sie etwa ihre Wahnvorstellungen als (spezifisches) Krankheitssymptom identifizieren können.

Die Patienten mit birnorganischen Psychosyndromen nehmen ihre Störungen weniger gut wahr als die anderen Patienten und empfinden sie eher als körperliche Störungen. Dies läßt auf eine medizinisch-somatisches Krankheitsmodell schließen. Hierfür kann eine Rolle spielen, daß in unserer Stichprobe überwiegend Hirnorganiker mit Zustand nach Schädelhirntrauma (Contusio cerebri) waren und sie dieses Ereignis als Grundlage des jetzigen Zustandes ansahen.

Das hypochondrische Syndrom nimmt erwartungsgemäß überdurchschnittlich körperliche Veränderungen oder Störungen wahr, führt jedoch seelische Beschwerden nicht seltener als die anderen Patienten an.

Patienten mit Denkstörungen betonen einen indirekten Modus der Symptomwahrnehmung, der über andere Menschen, die den Patienten erst auf seine Störung aufmerksam machen müssen, geht. Die Häufigkeit der allgemeinen Symptomwahrnehmung entspricht der der Gesamtstichprobe.

Beim manischen Patienten ergeben sich in der Symptomwahrnehmung auf den ersten Blick Widersprüchlichkeiten. Auf der einen Seite stellt er bei sich seelisch, nervlich und körperlich bedingte Störungen nicht seltener fest als andere Patienten, gibt andererseits aber häufiger an, er habe sich im Vergleich zu früher und im Befinden nicht verändert und habe weniger Beschwerden. Eine Erklärung könnte darin liegen, daß der manische Patient sich auf

der einen Seite gehobener Stimmung und auch beschwerdefrei fühlt, auf der anderen Seite jedoch die Auswirkungen seines krankhaften Zustandes auf andere Menschen merkt und damit bereit ist, (insbesondere, da er schon in die Klinik gebracht worden ist), das Vorhandensein einer Störung bzw. Veränderung einzuräumen, obwohl sie ihn selbst nicht stört.

Beim katatonen Syndrom ist die Symptomwahrnehmung vermindert. Dies entspricht der Schilderung von JASPERS (1953) "Die objektiven Störungen, der Negativismus, der Stupor oder die motorische Erregung können einen hohen Grad erreichen, ohne daß die Kranken dies überhaupt zu bemerken scheinen". Für die katatonen Patienten dieser Stichprobe muß angemerkt werden, daß sie keine schweren Zustandsbilder boten, die das Ausfüllen eines Fragebogens durch den Patienten auch nicht zugelassen hätten.

Endogene Manie und endogene Depression entsprechen in der Symptomwahrnehmung dem manischen und dem depressiven Syndrom.

Die schizoaffektiven Psychosen zeigen bezüglich Symptomwahrnehmung eher die gleiche Tendenz wie die Manie und stellen eher keine Veränderungen oder Störungen bei sich fest.

Die Schizophrenien verhalten sich hinsichtlich unspezifischer Symptomwahrnehmung entsprechend dem Mittelwert der Gesamtstichprobe, bieten damit auch keine geringere Symptomwahrnehmung wie man vielleicht nach dem klinischen Eindruck hätte vermuten können.

Neurosen/Persönlichkeitsstörungen haben eine gute (unspezifische) Symptomwahrnehmung, ordnen ihre Beschwerden auch klar dem seelischen und nicht dem körperlichen Be-

Bereich zu und brauchen seltener die indirekte Symptomwahrnehmung bei der sie erst von anderen auf ihre Störungen aufmerksam gemacht werden müssen. Psychose-Patienten unterscheiden sich von den Neurose-Patienten in der Symptomwahrnehmung dadurch, daß sie eher keine Veränderungen bemerkt haben, weniger somatische Beschwerden angeben und die wahrgenommenen Symptome eher den körperlichen Bereich zuordnen. Auf der anderen Seite betonen die Psychose-Patienten häufiger als Neurose-Patienten, daß sie so anders seien, daß keiner mit ihnen etwas anfangen könne. Hierin macht sich schon eine gewisse Selbstwahrnehmung bemerkbar, die nicht so sehr Symptomaik und Art des Veränderungsprozesses als vielmehr sein Ergebnis berücksichtigt. Fernerhin spielt die indirekte Symptomwahrnehmung (durch andere auf Symptome aufmerksam gemacht zu werden) bei den Psychose-Patienten eine größere Rolle als bei den Neurose-Patienten.

4.6. Therapiebereitschaft bei psychiatrischen Patienten

Die Behandlungsbereitschaft von Patienten ist insbesondere unter dem Konzept der "Compliance" - mit dem, ganz allgemein definiert, die Willfähigkeit des Patienten, das zu tun, was ihm der Arzt empfiehlt, gemeint ist - beschrieben worden (CAMERON, 1978; LEWIS et al. 1978; BECKER, 1979; LINDEN, 1979; WEBER et al. 1977/1980). Es bestehen Konzepte darüber, daß Therapiebereitschaft mit der Gesundheitseinstellung des Patienten, seinem Arztbild sowie der Krankheitsbehandlung und ihren Nebenwirkungen zusammenhängt (GILLMANN in WEBER et al. 1977) sowie Beziehungen zu Persönlichkeitsfaktoren (BREHM and BACK 1968, BREHM and DAVIS 1971, PERSSON, 1979) und soziodemographischen Faktoren (HERMANN, 1979) bestehen. Eine genaue Auflistung und empirische Belegung der vermuteten Zusammenhänge steht noch aus. PFLANZ (in WEBER et al. 1977) betont, daß die Patientenmitarbeit ein diskontinuierliches und unvoraussag-

bares Verhalten sei, da auch empirische Arbeiten keine ausreichenden Erklärungen mit Hilfe von Motivation, Persönlichkeit und Arzt-Patienten-Kommunikation aufzeigen konnten. Compliance bei psychiatrischen Patienten wurde von LIPMAN et al. (1965), HESBACHER et al. (1970), DOWNING et al. (1975), IH FOO LIN et al. (1979) und LINDEN (1979/1980/1981) untersucht.

Bei den depressiven Syndromen findet sich überdurchschnittliche Therapiebereitschaft, die auch der starken Symptomwahrnehmung entspricht. Insbesondere wird der Aufenthalt in der Klinik und medikamentöse Behandlung als hilfreich erachtet. Außerhalb der Klinik (Zuhause, Ambulanz, Kur) erwarten die depressiven Patienten weniger Besserung als die anderen Patienten. Der gehemmt-depressive Patient unterstreicht seine Therapiebereitschaft noch durch die häufigere Angabe, daß eine Behandlung wirklich notwendig war und verspricht sich weniger viel von Gesprächen, die ihn auf Grund seiner Hemmung wohl eher belasten oder überfordern dürften. Von den depressiven Patienten erwarten lediglich die mit paranoid-depressivem Syndrom keine Hilfe von der Behandlung, lehnen sie auf der anderen Seite aber auch nicht aktiv ab.

Die paranoiden Syndrome insgesamt sind zwar eher unter Protest in die Klinik gekommen, fühlen sich aber nicht häufiger als die anderen Patienten in der Klinik fehl am Platz. Entscheidende Besserung erwarten sie eher von einer anderen Umgebung, einer Kur oder einer Änderung der Berufs- oder Wohnsituation. Interessanterweise geben sie häufiger an, daß Gespräche für sie jetzt die beste Behandlungsmöglichkeit seien. Dieser Gesprächswunsch sollte nach der klinischen Erfahrung weniger als Bereitschaft des Patienten zu aufdeckenden oder konfliktzentrierten therapeutischen Sitzungen interpretiert werden. Er spiegelt wohl eher die Hoffnung des paranoiden Patienten wieder,

durch Reden und Argumentieren den Arzt von seiner (paranoiden) Sicht der Dinge ebenfalls zu überzeugen und ihm z.B. die Entlassung aus der Klinik oder die Bestätigung, nicht krank zu sein, abzurufen.

Der Patient mit organischem Psychosyndrom ist ähnlich wie der depressive Patient sehr behandlungsbereit und mit dem klinischen Aufenthalt einverstanden, dessen Dauer er der Entscheidung des Arztes überläßt. Er lehnt medikamentöse Behandlung seltener ab, glaubt jedoch weniger, daß ihm ärztliche Gespräche helfen können. Diese doch relativ differenzierten Therapievorstellungen, die sich ja mit den gängigen ärztlichen Vorstellungen über die Behandlung decken, zeigen die hirnorganischen Patienten dieser Studie somit durchaus nicht als urteils- oder kritikunfähig, wie man es besonders bei stärkerer Ausprägung des Psychosyndroms erwarten könnte.

Der hypochondrische Patient erwartet weniger Hilfe von Medikamenten oder einem Umgebungswechsel, seine passive und dem Arzt jegliche Verantwortung zurechiebende Haltung, äußert sich darin, daß er seltener glaubt, zu seiner Besserung selbst beitragen zu können. Letztes entspricht dem häufig anzutreffenden Widerstand der hypochondrischen Patienten gegen z.B. psychotherapeutische Verfahren, die gerade ein hohes Maß an Mitarbeit erfordern.

Patienten mit Denkstörungen zeigen eine verminderte Behandlungsbereitschaft, die ihrer fehlenden bzw. nur indirekten Symptomwahrnehmung entspricht. Sie fühlen sich im Krankenhaus, in das sie eher unter Protest gekommen sind, fehl am Platz. Die Einstellung zu medikamentöser Behandlung zeigt eine Inkonsistenz: Medikamente helfen recht gut, seien auf der anderen Seite aber eigentlich unnötig. Dahinter könnte einmal eine gleichgültige Gesundheitseinstellung stehen, die eine als hilfreich empfundene Behand-

lung dennoch ablehnt. Auf der anderen Seite könnten auf Grund der Denkstörung die Patienten auch nicht imstande sein, eine logische Schlußfolgerung zu ziehen, sodaß Einstellung ("Medikamente sind unnötig") und Erfahrung ("Medikamente helfen recht gut") unverbunden nebeneinander stehenbleiben.

Die gleiche Konstellation der fehlenden Verknüpfung von Einstellung und Erfahrung findet sich beim manischen Patienten. Dieser Patient hat eine deutlich verminderte Behandlungsbereitschaft, die sich hauptsächlich auf die Ablehnung des Klinikaufenthaltes bezieht. Er hat zwar feste Vorstellungen über die Dauer seines Klinikaufenthaltes und wird nicht länger bleiben als er für notwendig hält, scheint sich aber wohl oder übel der ärztlichen Autorität zu fügen, da er sich genauso häufig wie andere Patienten bereiterklärt, solange in der Klinik zu bleiben wie es der Arzt vorschreibt.

Die Manie verhält sich bezüglich Behandlungsbereitschaft im wesentlichen wie das manische Syndrom, die endogene Depression verhält sich wie die depressiven Syndrome. Dabei scheint die endogene Depression fast noch etwasbehandlungsbereiter zu sein als die depressiven Syndrome insgesamt.

Bei den schizoaffektiven Patienten liegt eine geringere Behandlungsbereitschaft vor, die in ihrer Charakterisierung ähnlich den Angaben der Maniker und Schizophrenen ist.

Die Patienten mit einer Schizophrenie sind wenigerbehandlungsbereit, möchten zufrieden gelassen werden und wünschen eher eine Änderung der Berufs- oder Wohnsituation oder eine Kur (sh. auch LINDEN, 1981). Die mangelnde Therapiebereitschaft der schizophrenen Patienten erreicht jedoch

nicht das Ausmaß von Patienten mit einer Manie.

Patienten mit Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sind behandlungsbereiter als Psychose-Patienten, sie wollen nicht zufrieden gelassen werden und protestieren seltener gegen die stationäre Behandlung, die sie andererseits aber nicht so als notwendig herausstreichen wie z.B. die Patienten mit endogener Depression. Von Medikamenten erwarten die Neurose-Patienten weniger Hilfe, was einer richtigen Einschätzung, daß Medikamente Probleme nicht lösen, entsprechen könnte.

4.7. Einstellung zur Fremdbeurteilung bei psychiatrischen Erkrankungen

Während einerseits ein Weg zur positiven Behandlungsbereitschaft des Patienten über Symptomwahrnehmung, Krankheitsgefühl und positive konkrete Therapieerwartungen und -vorstellungen führen könnte, wäre andererseits ein Patient vorstellbar, der auch ohne wesentliche Krankheitswahrnehmung sich behandeln läßt, weil er Einschätzungen seines Zustandes und Therapienotwendigkeit von anderer Seite (Fremdbeurteilung, z.B. von Angehörigen oder Arzt) akzeptiert.

Der Patient mit rein depressivem Syndrom stützt sich weniger auf Fremdbeurteilung, glaubt damit auch weniger, daß andere seinen Zustand treffend beurteilen können oder daß die Ansicht des Arztes meist 100 %-ig stimme. Dies akzentuiert sich beim ängstlich-depressiven Syndrom dahingehend, daß diese Patienten überwiegend nur selbst ihren Zustand beurteilen zu können glauben. Die gehemmt-depressiven Patienten hingegen verlassen sich eher auf die Beurteilung ihres Zustandes durch Bekannte und Arzt. Bei zunehmendem Gehemmtsheitsgrad der Depression scheint somit die sonst bei depressiven Syndromen eher zurückhaltende Einstellung

Den paranoiden Syndromen zusammen ist die Meinung anderer weniger gleichgültig und speziell das paranoide Syndrom und auch schizophrene Patienten meinen eher, daß Fremde den jetzigen Zustand am treffendsten erkannt hätten. Es wäre denkbar, daß hiermit mehr die Hoffnung des paranoiden Patienten, von Fremden sozusagen in Schiedsrichterfunktion treffend beurteilt zu werden, zum Ausdruck kommt, da er von den ihm näherstehenden und vom Arzt enttäuscht ist und sich mit seinem Wahn nicht verstanden fühlt.

Das psychoorganische Syndrom verläßt sich ganz wesentlich auf die ärztliche Beurteilung und gibt eigene Urteils- und Entscheidungskompetenz praktisch auf.

Der hypochondrische Patient lehnt Fremdbeurteilung nicht mehr als andere Patienten ab, ist jedoch häufiger der Meinung, daß keiner seinen Zustand treffend erkannt und beurteilt habe.

Patienten mit Denkstörungen sowie katatone Patienten verhalten sich bezüglich ihrer Einstellung zur Fremdbeurteilung ähnlich wie die paranoiden Patienten, die katonen lehnen außerdem zusätzlich die Beurteilung des Arztes häufiger ab.

Beim manischen Syndrom findet sich in der Einstellung zur Fremdbeurteilung die gleiche Konstellation wie bei den paranoiden, katonen und denkgestörten Syndromen. Zusätzlich ist diesen Patienten die Meinung anderer (angeblich) gleichgültiger; sie sind jedoch mehr betroffen, wenn sie als krank beurteilt werden. Insgesamt ist das Akzeptieren von Fremdbeurteilung gering.

Bei den Diagnosen entspricht die Manie weitgehend dem manischen Syndrom bezüglich Einstellung zur Fremdbeurteilung.

Patienten mit endogener Depression akzeptieren häufiger die ärztliche Einschätzung, weniger häufig die Beurteilung über ihren Zustand von Menschen, die sie gut kennen. Hier mag eine Rolle spielen, daß der Arzt bei den endogenen Depressiven häufig eine Entlastungsfunktion ausübt, indem er das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung diagnostiziert, während Angehörige vielleicht noch versucht haben, an den Patienten zu appellieren oder ihm gut zuzureden.

Die schizoaffektiven Patienten verhalten sich bezüglich Einstellung zur Fremdbeurteilung ähnlich wie Maniker und Schizophrenen.

Neurosen/Persönlichkeitsstörungen akzeptieren weniger eine Fremdbeurteilung und meinen häufiger, daß nur sie selbst ihren Zustand beurteilen können.

4.8. Krankheitsmodelle bei psychiatrischen Erkrankungen

Modellkonzepte über Krankheit und den Krankheitsbegriff wurden von BECKER (1974), NAJMAN (1980) und TAYLOR (1980) und den oben zitierten Autoren (LIFOWSKI, 1970; ROTHSCHEID, 1972) dargestellt. Speziell für den Bereich der Psychiatrie haben sich u.a. NUNALLY (1961), PARKIN (1972), CRESON (1977), LEHTINEN and VÄISÄNEN, 1978; GUZE, 1978, FISCHER and FARINA (1979) und BÜKER (1980) geäußert. Krankheitsmodelle und auch Einstellungen zu psychiatrischen Erkrankungen wurden bei Therapeuten, Pflegepersonal und auch Laien erhoben (MORRISON and MEYER, 1976, KOUTRELAKOS et al. 1978; HICKLIN and LEON, 1978) erhoben, sowie unter dem Aspekt der ethnischen Angehörigkeit (GUTHACHER, 1971; JALALI et al. 1978) und unter soziodemographischen Aspekten (DELUO, 1969) untersucht. Die Krankheitsmodelle und Einstellungen bei psychiatrischen Patienten beschreiben GIOVANNONI and ULLMAN (1963), HANIS et al. (1965) und BENTHICK (1967).

In der Gesamtstichprobe ergaben sich als Ursachenvorstellungen über die Krankheit folgende Krankheitsmodelle: An erster Stelle stehen äußere Einflüsse und Lebensumstände gefolgt von persönlichen Problemen und geringer seelischer Widerstandskraft.

Die depressiven Syndrome haben in der vorliegenden Studie ein mehrdimensionales Krankheitsmodell (sh. "Concept of multicausality" bei NAJMAN): Sowohl ungünstige Veranlagung, verminderte seelische Widerstandskraft als auch persönliche Probleme werden für den jetzigen Krankheitszustand häufiger verantwortlich gemacht. Da die depressiven Syndrome eine große und nach diagnostischen Gesichtspunkten auch heterogene Gruppe sind, verwundert die Vielfalt der Krankheitsmodelle nicht. Das medizinisch-somatische Krankheitsmodell wird von den depressiven Syndromen abgelehnt, ebenso die Krankheit seltener als Prüfung (metaphysisches Krankheitsmodell) empfunden oder als Folge von Lebensführung (soziomatisches Krankheitsmodell bei NAJMAN).

Die paranoiden Syndrome und das katatone Syndrom haben kein Krankheitsmodell, das sich aus der Gesamtstichprobe abhebt. Das paranoid-halluzinatorische und auch das katatone Syndrom lehnen lediglich eine zu geringe seelische Widerstandskraft eher ab und betonen damit eine gewisse Ich-Stärke im Vergleich zu den depressiven Syndromen.

Psychoorganische Patienten (Syndrom und Diagnose) haben ein medizinisch-somatisches Krankheitsmodell und lehnen eine ungünstige Veranlassung (genetische Ursachen) sowie persönliche Probleme als Krankheitsursachen ab.

Der hypochondrische Patient hat - wie zu erwarten - ebenfalls ein somatisches Krankheitsmodell.

Die Patienten mit Denkstörungen empfanden ebenso wie die manischen Patienten die Krankheit eher als eine Prüfung, der manische Patient betont zusätzlich seine seelische Gesundheit und sieht eher Zusammenhänge zwischen Klinikeinweisung und seiner Lebensführung (was durchaus zutreffend ist, da zumeist z.B. vermehrte Geldausgabe, distanzlose Überaktivität und andere Auffälligkeiten der Lebensführung zur Klinikeinweisung geführt haben).

Bei den Diagnosen entspricht die Manie bezüglich Krankheitsmodell dem manischen Syndrom. Endogene Depressionen entsprechen den depressiven Syndromen.

Patienten mit schizoaffektiver Psychose lehnen das medizinisch-organische Modell eher ab und halten persönliche Probleme häufiger für die Ursache ihrer Erkrankung, haben also ein psychodynamisches Krankheitsmodell wie es der Kliniker eigentlich eher bei Neurose-Patienten erwarten würde.

Schizophrene Patienten lehnen eine ungünstige Veranlagung als für ihre Krankheit verantwortlich eher ab, leugnen somit den genetisch-/konstitutionellen Aspekt, der doch zumindest als eine Testursache der Schizophrenie gilt.

Die Neurose/Persönlichkeitsstörungen profilieren sich mehr durch die Verneinung des medizinisch-somatischen und metaphysischen Krankheitsmodells. Die Erkrankung wird als seelischer Natur gesehen, was auch mit der Symptomwahrnehmung (s. o.) übereinstimmt.

4.9. Krankheitsgefühl bei psychiatrischen Patienten

Die verschiedenen Ausprägungsgrade des Krankheitsgefühls bei den Syndrom- und Diagnosegruppen entsprechen dem, was man von klinischer Erfahrung her erwarten kann und somit liegen die ärztliche Einschätzung des Krankheitsgefühls und das Patientenselbstrating nahe beieinander. Die Extrempole bezüglich Krankheitsgefühl nehmen die depressiven Syndrome und die endogene Depression mit starker Ausprägung und das manische Syndrom und die Manie mit geringer Ausprägung ein. Die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen setzen sich nicht signifikant vom Gesamtmittelwert bezüglich Krankheitsgefühl ab und liegen niedriger als die endogene Depression. Dies führt unter anderem dazu, daß sich keine Unterschied zwischen Psychosen und Neurosen im Krankheitsgefühl findet. Lediglich, wenn man die Affektpsychosen (Manie und endogene Depression) herausnimmt, liegen die Psychoseerkrankungen Schizophrenie und Schizoaffektive Psychose im Krankheitsgefühl signifikant niedriger und unter den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen.

4.10. Die Faktoren der Patienteneinstellung zur Erkrankung

Während die Betrachtung der Ergebnisse auf Einzelitemebene auch unter den benützten Gliederungsgesichtspunkten es schwer fallen läßt, die vielen Detailinformationen zu einem Gesamtbild zu integrieren, gegen die Ergebnisse der Faktorenanalyse die Möglichkeit zu einer solchen Zusammenfassung, wobei auch die Verbindung zu Persönlichkeitsmerkmalen sinnvoll aufzuzeigen ist.

Faktor I

Faktor I beschreibt Patienten mit Ablehnung der Behandlung (non-compliance), wie sie MÜTHAHN (in WEBER 1977) durch negative Einstellung zum Krankenhaus und geringes bzw. fehlendes Vertrauen zum Arzt anhand seiner Stichprobe charakteri-

sieren und belegen konnte. Dieser non-compliance-Aspekt des Faktors I ist unabhängig von Krankheitsgefühl, Krankheitseinsicht, Schwere der Erkrankung und Persönlichkeitsfaktoren, d.h. es handelt sich wohlgerne auch um keine Patienten, die besonders geringes Krankheitsgefühl oder fehlende Krankheitseinsicht haben. (dann müßten diese Variablen negativ auf den Faktor I laden). Da insbesondere das depressive Syndrom und unter den Diagnosen die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen auf diesen Faktor laden (damit im wesentlichen nicht-psychotische Erkrankungen) erscheint es gut möglich, daß diese non-compliance die durchaus realistische Einschätzung des Patienten wiedergibt, daß stationäre und medikamentöse Behandlungen sowie Gespräche mit dem Arzt ihm tatsächlich keinen therapeutischen Gewinn bringen. Nach dem Health-Belief-Model von BECKER (1974) dürfte Faktor I Patienten kennzeichnen, die eine Therapie deshalb nicht als attraktiv einschätzen, weil sie nicht glauben, daß sie hilft.

Faktor II

Dieser Faktor ist besonders durch die als bedrohlich empfundene Wahrnehmung von Symptomen charakterisiert, die ein starkes Krankheitsgefühl zur Folge hat. Nach dem Health-Belief-Model von BECKER ist es hier die wahrgenommene Schwere und Bedrohung durch die Krankheit, die im Vordergrund steht und in der Folge auch zur Bereitschaft zu stationärer Behandlung führt. Auf den Faktor II lädt auch Krankheitseinsicht, jedoch numerisch deutlich geringer als Krankheitsgefühl. Spezifische Krankheitsmodelle oder genauere Therapievorstellungen beinhaltet der Faktor II nicht, die Patienten sind sozusagen vor emotionaler Beruhigung über die Tatsache ihrer Erkrankung noch nicht dazu gekommen, sich weitergehende Gedanken zu machen. Dieses Stadium des "Hilferufs" drückt sich auch in der globalen und wenig differenzierenden Korrelation zu Persönlichkeitsmerkmalen aus: es laden sämtliche Skalen,

die Beeinträchtigung oder psychopathologische Symptome messen, auf den Faktor II. Von den Syndromen sind es insbesondere das depressive, das ängstlich-depressive, das gehemmt-depressive sowie das hypochondrische Syndrom, die diese Symptomwahrnehmung und dieses Krankheitsgefühl deutlich haben. Während beim Faktor I endogene Depression und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sich spiegelbildlich verhalten (endogene Depression compliant, Neurosen/Persönlichkeitsstörungen non-compliant) liegen beide Erkrankungen bei Faktor II auf der Seite der erhöhten Symptomwahrnehmung. Geringere Symptomwahrnehmungen und geringeres Krankheitsgefühl findet sich - sieht man von der endogenen Depression ab - beim Rest der exogenen (organisches Psychosyndrom) und endogenen Psychopatienten.

Faktor III

Dieser Faktor beschreibt ebenfalls (wie bei Faktor I) einen behandlungsunwilligen Patienten. Hier liegt jedoch ein metaphysisches Krankheitsmodell vor (Krankheit als Strafe oder Prüfung) und damit eine externale Attribuierung (WALLSTON, 1976), außerdem hat der Patient konkrete Vorstellungen von einer Therapie, die jedoch nicht der Behandlung entspricht, die er bekommt. Es besteht also wahrscheinlich eine Diskrepanz zwischen den Therapievorstellungen des Patienten und seines Arztes (siehe auch attitudinal compliance bei LINDEN (1981,2)). Der Faktor III ist ferner charakterisiert durch erhöhten Schweregrad der Erkrankung, der gleichzeitig mit verminderter Krankheitseinsicht einhergeht. Dies entspricht Befunden von LIPMAN et al. (1965) und RENTON et al. (196), die unter schwerer Erkrankten mehr non-compliance fanden.

Dieser Faktor ist bei Denkstörungen und dem manischen Syndrom vermehrt vorhanden als bei den anderen Syndromen; die Beziehung zur manischen Symptomatik zeigt sich außerdem durch erhöhte Werte in der Hypomanieskala des HHPI, die als einziges Persönlichkeitsmerkmal auf diesen Faktor

läßt. Innerhalb der Diagnosen differenziert der Faktor III praktisch nicht.

Faktor IV

Auch dieser Faktor ist vor allem durch Schweregrad der Erkrankung charakterisiert. Der Patient empfindet auf der einen Seite die Krankheit als unbeeinflussbar und sieht keine Hoffnung oder Einwirkungsmöglichkeit, er ist andererseits aber mit einem Krankenhausaufenthalt einverstanden. Die resignativ-passive Komponente des Patienten wird durch die negative Korrelation mit der Hypomanieskala des MHIJ belegt, es bestehen ferner Dissimulationstendenzen. Dieser Faktor differenziert ebenfalls wie Faktor I die Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen und die endogene Depression gut, indem er sie auf der positiven Seite (endogene Depression) und negativen Seite abbildet. Relativ am höchsten laden auf Faktor IV die hirnorganischen Psychosynndrome, was man erwarten kann, wenn diese Patienten noch eine gewisse Kritikfähigkeit besitzen und die Unbeeinflussbarkeit ihrer hirnorganischen Leistungsschwäche noch realisieren können.

Faktor V

Diesem Faktor liegt ganz explizit ein medizinisch-somatisches Krankheitsmodell zugrunde und entsprechend sind auch die Therapievorstellungen des Patienten. Die vom Patienten wahrgenommene Erkrankung zeigt sich ihm als Störung der körperlicher Befindlichkeit und es ist damit nicht ganz treffend, den Faktor V vereinfachend als Hypochondrie-Faktor zu bezeichnen, da dies nicht mehr ganz beschreibenden sondern zum Teil schon zuordnenden Charakter hat, im Sinne psychogener Ursachen der Störung etwa wie bei der hypochondrischen Neurose. Es wird auch deutlich, daß vom Patienten wahrgenommene Störung der körperlichen Befindlichkeit stark zwischen den Syndromen und Diagnosen differenziert, wobei insgesamt die Zustimmung zum somatischen Krankheits-

modell häufiger vorkommt und lediglich ein Teil der depressiven Syndrome sowie endogene Depression und Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen dieses Krankheitsmodell ablehnen. Insbesondere bei den schizophrenen Patienten sowie beim paranoiden und paranoid-halluzinatorischen Syndrom könnte das Ausweichen in ein somatisches Krankheitsmodell Abwehrcharakter haben und dem Patienten davor schützen, bei sich eine Geisteskrankheit annehmen zu müssen. Dieser Abwehrcharakter wird gestützt durch die auf Faktor V negativ ladende Krankheitseinsicht.

Zusammenfassung

In einer Studie an insgesamt 500 stationär behandelten Patienten im Alter von 15 bis 80 Jahren wurde unter genauer Differenzierung der Syndrome und Diagnosen versucht, mittels eines Fragebogens die Einstellung des Patienten hinsichtlich Symptomwahrnehmung, Therapiebereitschaft, Bereitschaft zur Annahme von Fremdbeurteilung, Krankheitsmodell und Krankheitsgefühl zu erfassen. Ferner wurden die Angaben der Patienten (Patienten-rating) zur ärztlichen Beurteilung des Patienten (Arzt-rating), zu Persönlichkeitsfaktoren und zur Intelligenz in Beziehung gesetzt.

Die Patienten wurden etwa 1 Woche nach der stationären Aufnahme ausführlich über den Zweck der Studie informiert und haben den 139 Items umfassenden Fragebogen mit größtenteils ja / nein - Antworten auf freiwilliger Basis ausgefüllt. Im gleichen Zeitraum wurde dem behandelnden Arzt ein Bogen zur Erfassung des Arztratings vorgelegt. Der MMPI-Test zur Erfassung der Persönlichkeitsfaktoren und der Wortschatztest aus dem HAWIE zur Erfassung des IQ wurden im Zeitraum von ein bis zwei Wochen durchgeführt. Die Daten wurden anschließend auf signifikante Unterschiede sowie faktorenanalytisch untersucht.

Es wurden signifikante korrelative Zusammenhänge der Items des Patienten-Fragebogens untereinander sowie mit den Variablen des Arztbogens und mit den Persönlichkeitsfaktoren gefunden. Quantitative Festlegungen der Variablen der Krankheitseinsicht und des Krankheitsgefühls konnten verfolgt werden und zu den klinischen Konzepten, die hinsichtlich unseren Merkmalsdimensionen (Symptomwahrnehmung, Therapiebereitschaft usw.) bestehen, überprüft und genauer differenziert werden. Es wurden ferner fünf Faktoren ge-

funden, von denen zwei Faktoren eine Bereitschaft zur klinisch-psychiatrischen Behandlung, ein Faktor Bedürfnis nach körperlicher Behandlung und zwei Faktoren eine fehlende Behandlungsbereitschaft zeigten. Im Einzelnen: Der erste Faktor zeigt eine generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung und fand sich signifikant häufiger bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen. Der zweite Faktor zeigt eine Behandlungsbereitschaft aufgrund einer intensiv erlebten Krankheit und fand sich signifikant häufiger bei der endogenen Depression aber auch bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen. Der dritte Faktor zeigt metaphysische Vorstellungen des Patienten von der Krankheit mit Behandlungsunwilligkeit und fand sich signifikant weniger häufig beim organischen Psychosyndrom. Der vierte Faktor zeigte eine Abwehrhaltung gegenüber seelischer Krankheit mit Behandlungsbereitschaft und fand sich signifikant häufiger bei der endogenen Depression. Der fünfte Faktor zeigte eine hypochondrische Haltung des Patienten und fand sich signifikant häufiger bei der Schizophrenie und dem organischen Psychosyndrom aber auch bei der endogenen Manie. Bei vier Faktoren fanden sich Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren. Es fanden sich keine deutlichen Zusammenhänge der Krankheitseinsicht bzw. des Krankheitsgefühls mit Variablen wie Intelligenz, Schweregrad der Erkrankung, sowie Anzahl und Gesamtdauer früherer stationärer Behandlungen. Die jeweils bestehenden Korrelationen sind in Tabellen zusammengefaßt. Hinsichtlich Krankheitsgefühl konnte gezeigt werden, daß die Patientenbeurteilung im wesentlichen der ärztlichen Beurteilung folgt.

LITERATURVERZEICHNIS

- AIP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde: 3. Aufl. 1979
- ANDREWS F.M. and McKENNEL A.C.: Measures of selfreported well-being. Their affective, cognitive and other components, Social Indicators Research, 1980, 8, 127 - 155.
- BECK A.A., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J.E., ERABAUGH, J.K.: Reliability of psychiatric diagnosis: A study of consistency of clinical judgements and ratings, American Journal of Psychiatry, 1966, 119, 351 - 357.
- BECKER M.H.: The health belief model and personal health behaviour, Health Education Monographs, 1974, 2, 326 - 473.
- BECKER M.H.: Understanding patient compliance: The contributions of attitudes and other psychological factors, in COHEN S.J. (Ed.): New directions in patient compliance, Lexington Books, 1979.
- BECKER T.: Einführung in die Psychiatrie, Thieme-Verlag 1908, S. 81 ff.
- BENDER W. und SIEPMANN K.: Therapeutische Sterotypen bei psychiatrischen Erkrankungen, Psychiatria Clinica, 1980, 13, 1 - 12 .
- BENTINCK C.: Opinions about mental illness held by patients and relatives, Family Process, 1967, 6, 193 - 207.

- BINSWANGER H.: Lehrbuch der Psychiatrie, Hirzel-Verlag, 1949.
- BÜKER W.: Der Arzt als Dolmetscher, Psyche, 1980, 6, 381 - 382.
- ROWEN W.T., TWEHLOW S.W., BOQUET R.E.: Assessing community attitudes toward mental illness, Hospital and Community Psychiatry, 1978, Vol. 29, No.4, 251 - 253.
- BRÄUTIGAM W.: Reaktionen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten, Thieme-Verlag, 4. Aufl. 1978.
- BREHEN, H.L. and BACK K.W.: Self-image and attitudes toward drugs, Journal of Personality, 1968, 36, 299 - 314.
- BREHM H.L. and DAVIS G.C.: Juvenile prisoners: Motivational factors in drug use. Proceedings, 79th Annual Convention, American Psychological Association, 1971.
- BROCKHAU J. and D'ARCY C.: Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill: A review and re-survey, Social Psychiatry, 1978, 13, 69 - 77.
- BUNKE O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Bergmann-Verlag 1942.
- CAHERON R.: The clinical impletation of behaviour change techniques. A cognitively oriented conceptualisation of therapeutic "compliance" and "resistance", in FOREYT J.P. and RATHJEN D.P.: Cognitive behaviour therapy, 1978, New York: Plenum.

COOPER J.W., KENDALL R.E., GURLAND B.J., SHARPE L.,
COPELAND J.R., SIMON R.: Psychiatric diagnosis in New
York and London, Oxford University Press,
London 1972.

CRESON D.L.: Models and mental illness, in ENGELHARDT
H.T., Jr. and SPICKER S.F.: Mental Health,
Philosophical Perspectives, 1977, 71 - 77.

CROCETTI G.M., SPIRO H.R., SJASSI I.: Contemporary
attitudes toward mental illness, University
of Pittsburgh Press, Pittsburgh 1974.

CUMMING E. and CUMMING J.: Closed ranks: An experiment
in mental health education, Harvard University
Press, Cambridge, Massachusetts 1957.

DAHL G.: Übereinstimmungsvalidität des HAMIE und Ent-
wicklung einer reduzierten Testform, A. Hain-
Verlag 1968.

DAHLSTROM W.G., WELSH G.S., DAHLSTROM L.E.: An IHFPI Hand-
book, Vol. 1, University of Minnesota Press,
Minneapolis 1972.

DENKO J.D.: How preliterate people explain disturbed be-
haviour, Arch. gen. Psychiat., 1969, 20,
233 - 238.

DISTEFANO M.K., Jr. and PRYER M.W.: General ability and
opinions about mental illness among psychiatric
aides. Psychological Reports, 1978, 42, 190.

DOWNING R.W., RICKELS K., KING L., RICKELS L.A.: Factors
influencing dosage deviation and attrition in
placebo treated neurotic outpatients, J. Psychiat.
Res., 1975, 12, 239 - 256.

- ERIHOSHIO O.A. and AYONRINDE A.: A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies, *Psychiatry*, 1978, Vol.41, No. 4.
- FARINA A., FISHER J.D., GETTER H., FISCHER E.H.: Some consequences of changing people's views regarding the nature of mental illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, Vol. 87, No.2, 272 - 279.
- FARINA A., GLIHA D., BOUDREAU L.A., ALLEN J., SHERMAN, M.: Mental illness and the impact of believing others know about it: *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 77, 1 - 5.
- FELDMANN H.: Einstellung zu psychisch Kranken - Ergebnisse und Probleme, *Psychiatrie der Gegenwart*, Band III. Soziale und angewandte Psychiatrie, Springer-Verlag 1975.
- FERGUSON B.: Hospitalized adults' role-taking ability, psychiatric status and reported symptomatology, *Psychological Reports*, 1979, 44, 319 - 324.
- FISHER J.D. and FARINA A.: Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979. Vol. 88, No. 3, 320 - 327.
- GARRITY T.F., SOMES G.W., MARX H.B.: Factors influencing self-assessment of health. *Social Science and Medicine*, 1978, 12, 77 -81.

- GILLMAN H. : Siehe WEBER et al. (1977) S. 15 - 17.
- GIOVANNONI J.M. and ULLMAN L.P. : Conceptions of mental health held by psychiatric patients, Journal of Clinical Psychology, 1963, 19, 398 - 400.
- GUTTHACHER S. and ELINSON J. : Ethno-religious variation in perception of illness, Social Science and Medicine, 1971, 5, 117 - 125.
- GUZE S.B. : Nature of psychiatric illness: Why psychiatry is a branch of medicine, Comprehensive Psychiatry, 1978, Vol. 19, No. 4, 295 - 307.
- HERMANN U. : Medizinisch-soziologische Analyse der Einflussfaktoren auf "Compliance", Der Nervenarzt, 1979, 50, 102 - 108.
- HESBACHER P.T., RICKELS K., GORDON P.E., GRAY B., MECKELNBURG R., WEISE C.C., VANDERVOORT W.J. : Setting, patient and doctor effects on drug response in neurotic patients, Psychopharmacologica, 1970, 18, 180 - 208.
- HOLLINGSHEAD A. and REDLICH F. : Social class and mental illness, Chapman and Hall 1958 (London).
- ICD (= International Classification of Diseases): Diagnose-schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 5. Aufl., korrigiert nach der 9. Rev. der ICD, Springer-Verlag 1980.
- JALALI B., JALALI M., TURNER F. : Attitudes toward mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, Vol. 166, No. 10, 692 - 700.

- JASPERS K.: Allgemeine Psychopathologie, 6. Aufl. Springer-Verlag 1953.
- JOHANNSEN W.J.: Attitudes toward mental patients: A review of empirical research, Mental Hygiene, 1969, 53, 218 - 227.
- KAHN M.W., OBSTFELD L., HEIHAN E.: Staff conceptions of patients attitudes toward mental disorder and hospitalisation as compared to patients and staffs' actual attitudes, Journal of Clinical Psychology, 1979, Vol. 35, No. 2, 415 - 420.
- KENDELL R.E.: Psychiatric diagnosis: A study of how they are made. Brit. Journal Psychiatr., 1973, 122, 437 - 445.
- KENDELL R.E., COOPER J.W., GOUPLAY A.J. et al.: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists, Arch. Gen. Psychiat., 1971, 25, 123 - 130.
- KENNARD D.: Identifying dimensions of perceived patient Change: Some problems in the use of factor analysis. Br. J. Med. Psychol., 1978, Vol. 51, No. 1, 41 - 52.
- KHORRING von L., PERRIS C., STRANDMAN E.: Diurnal variations in intensity of symptoms in patients of different diagnostic groups, Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1977, Vol. 224, No. 4, 295 - 312.
- KOLLE K.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Thieme-Verlag 1967.

- KOUTRELAKOS J., GEDEON S.M., STRUEHNG E.L.: Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek professionals and laymen: Psychological Reports, 1978, 43, 915 - 923.
- LEHTINEN V. and VÄISÄNEN E.: Attitudes towards mental illness and utilization of psychiatric treatment, Social Psychiatry, 1978, 13, 63 - 68.
- LEVINE D.: A cross-national study of attitudes toward mental illness, Journal of Abnormal Psychology 1972, 80, 111 - 114.
- LEWIS F.M., MORISKY D.E., FLYNN B.S.: A test of the constructs validity of health locus of control: Effects on self-reported compliance for hypertensive patients, Health Education Monographs, 1978, 6, 138 - 148.
- LIN I.F., SPIGA R., FORTSCH W.: Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics, Journal of Clinical Psychiatry, 1979, Vol. 40, No. 10, 430 - 432.
- LINDEN M.: Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von "Compliance", Der Nervenarzt, 1979, 50, 109 - 114.
- LINDEN M.: Compliance und Compliance-Modifikation in BRENGELMANN J.C. (Hrsg.): Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis, Röttger-Verlag 1980.

- LINDEN M.: Die Veränderung von Krankheitsmodell und Compliance bei schizophrenen Patienten in HELMCHEN, LINDEN und RÜGER (Hrsg.), Springer-Verlag 1981.
- LINDEN M.: Definition of Compliance, J.Clin.Pharmacol., 1981 (2), Vol. 19, No. 2, 86 - 90.
- LITMAN R.S., RICKELS K., UHLENHUTH E.H., PARK L.C., FISHER, S.: Neurotics who fail to take their drugs, Brit. Journal Psychiat., 1965, 111, 1043-1049.
- LITPOWSKI Z.J.: Physical illness, the individual and the coping process, Psychiatry in Medicine, 1970, 1, 91 - 102.
- LUNGIANN C.: Sozialprodukt Geisteskrankheit, Rowohlt-Verlag 1968.
- HADDOX G.L.: Some correlates of difference in self-assessment of health status among the elderly, J.Geront, 1962, 17, 180.
- HADDOX G.L. and DOUGLASS E.B.: Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects, Journal of Health and Social Behaviour, 1973, 14, 87.
- MANIS J.G., HUNT C.L., BRAWER M.J., KERCHER L.C.: Public and psychiatric conceptions of mental illness, Journal of Health and Human Behaviour, 1965, 6, 48 - 55.
- MARTIN H.W.: Self-deception, self-pretence and emotional detachment, Mind, 1979, 88.
- HAYER-CROSS W.: Clinical Psychiatry, Cassel 1960, London.

- McGLASHAN T.H., DOCHERTY J.P., SIRIS S.: Integrative and seeling-over revoveries from schizo-phrenia: Distinguishing case studies, Psychiatry, 1976, Vo.39, No.4, 325 - 338.
- HICKLIN M. and LEON C.A.: Cultural bases of images of causation in psychological disorder: A columbian survey, The International Journal of Social Psychiatry, 1978, 24, 2.
- HITSCHERLICH A.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Verlag Kiepenheuer u.Witsch 1967,Köln/Berlin.
- MÖNTHANN V.: Einstellungsmessung zum Einnahmeverhalten, in WEBER et al. 1977.
- MORRISON J.K.:Demythologizing mental patients' attitudes toward mental illness: An empirical study, Journal of Community Psychology, 1976, 4, 181 - 185.
- MORRISON J.K.and NEVID J.S.: Attitudes of mental patients and mental health professionals about mental illness, Psychological Reports, 1976, 38, 565 - 566.
- NAJMAN J.M.: Theories of disease causation and the concept of a general susceptability, A review, Socail Science and Medicine, 1980, 14 A, 231 - 237.
- HUNALLY J.: Popular conceptions of mental health: Their development and change, Holt, Rinehardt and Winston 1961, New York.

- PAWLIK K.: Dimensionen des Verhaltens, Bern/Stuttgart, Huber 1968.
- PERSSON G.: Factors related to drug compliance and attrition in neurotic outpatients treated with anxiolytics, *Acta Psychiat. Scand.*, 1979, 60, 163 - 169.
- PFLANZ H.: Siehe WEBER et al. (1977) S. 71 - 72.
- PHILLIPS D.L.: Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders, *American Sociological Review*, 1963, 28, 963 - 972.
- PARKIN J.G.: Opinions about mental illness: A review of the literature, *Psychological Bulletin*, 1972, 77, 153 - 171.
- REDLICH, F. and FREEDMAN D.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Edit. HITSCHERLICH, Suhrkamp 1970.
- RENTON C.A., AFFLECK, J.W., CARSTAIRS G.M., FORREST A.D.: A followship of schizophrenic patients in Edinburgh, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1963, 39, 548.
- ROSEN A.: Test-retest stability of MMPI scales for a psychiatric population, *Journal of Consulting Psychology*, 1953, 17, 217 - 221.
- ROTHSCHUH, E.: Krankheitsbegriff, *Hippokrates* 1972, 43, S. 3 ff
- SACKLIN H.A., GUR R.C.: Self-deception, other-deception and self-reported psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, vol. 47, No. 1, 213 - 215.

SADAVA S.W., ANGUS L., FORSYTH R.: Perceived mental illness and diminished responsibility: A study of attributions, Social Behaviour and Personality, 1980, Vol. 8, No. 2, 129 - 136.

SCHNEIDER K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten, 9. Auflage, Thieme-Verlag 1950.

SCHNEIDER K.: Psychiatrie heute, Thieme-Verlag 1952.

SCHULTE N., TÖLLE R.: Psychiatrie, 5. Auflage, Springer-Verlag 1979.

SULLIVAN H.S.: Conceptions of modern psychiatry, Washington, D.C. 1947.

TAYLOR F.K.: The concepts of disease, Psychological Medicine, 1980, 10, 419 - 424.

TAYLOR S.M., DEAR M.J., HALL G.B.: Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities, Social Science and Medicine, 1979, 13 D, 281 - 290.

TRINGO J.L.: The hierarchy of preference toward disability groups, The Journal of Special Education, 1970, 4, 295 - 306.

TRUTE B. and LOEWEN A.: Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience, Social Psychiatry, 1978, 13, 79 - 84.

ÜBERLA K.: Faktorenanalyse, Springer-Verlag 1968, S. 159 - 160.

- WIBBENHAUER S.L. and DE WITTE L.L.: Patient race and social class: Attitudes and decisions among three groups of mental health professionals, *Comprehensive Psychiatry*, 1978, Vol.19, No.6, 509 - 515.
- WALLSTON B.S., WALLSTON K.A., KAPLAN G.D., MALDES, S.A.: Development and Validation of the health locus of control (HLC) scale, *J. consult. Clin. Psychol.*, 1976, 44, 580 - 585.
- YAN T.: Predicting self-assessed health status: A multivariate approach, *Health Serv. Res.*, 1976, 11, 464.
- WEBER E.: Patienten-Compliance, *Arzt und Patient*, 1980, 1, 4 - 9.
- WEBER E., GUIDERT-RENY U., SCHREY A.: Patienten-Compliance, Workshop am 14. Mai 1977 über Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung in Frankfurt a.M., G. Witzstrock-Verlag 1977.
- WEDLER R.: Attitudes toward mental illness and dependency among hospitalized psychiatric patients, *Psychological Reports*, 1979, 44, 283 - 286.
- WEISSMAN H.M. and BOTHWELL S.: Assessment of social adjustment by patient self-report, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, Vol.33, No.9, 111 - 115.
- WEITBRECHT H.J.: *Psychiatrie im Grundriß*, Springer-Verl. 1963
- WEITBRECHT H.J.: *Depressive und manische endogene Psychosen*, *Psychiatrie der Gegenwart, Klinische Psychiatrie I*, Band 11/1, Springer-Verl., 2. Aufl. 1972.
- WHARTLEY C.: Social attitudes toward discharged mental patients, *Social Problems*, 1958-59, 6, 313-320.

Anhang

Abbildung 1 zeigt nebeneinander Krankheitseinsicht und Schweregrad der Erkrankung aus der Sicht des behandelnden Arztes. Dabei sind signifikante Unterschiede in Bezug auf die Gesamtstichprobe wie folgt angegeben : ● $p \leq 0.001$
○ $p \leq 0.01$ X $p \leq 0.05$. Diese Symbole finden sich auch in Abbildung 2 und in den folgenden Tabellen.

Abbildung 2 zeigt die Darstellung von Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl aus der Sicht des behandelnden Arztes einerseits und das subjektive Krankheitsgefühl des Patienten andererseits. Zur Kennzeichnung der signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtstichprobe sind die gleichen Symbole wie in der Abbildung 1 verwendet worden.

Tabelle 1 zeigt Angaben zur Gesamtstichprobe (N = 500) mit Mittelwert, Streuung und Range (Min.-Max.).

Tabelle 2 (S. 148 ff) zeigt Angaben zur Patientenstichprobe, aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Syndromen und Diagnosen. Signifikante Unterschiede der Syndrome/Diagnosen im Vergleich zur Gesamtstichprobe, der paranoiden bzw. depressiven Syndrome im Vergleich zum jeweiligen Rest und der Psychosen im Vergleich zu den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen werden wie in Abb. 1 und 2 gekennzeichnet:

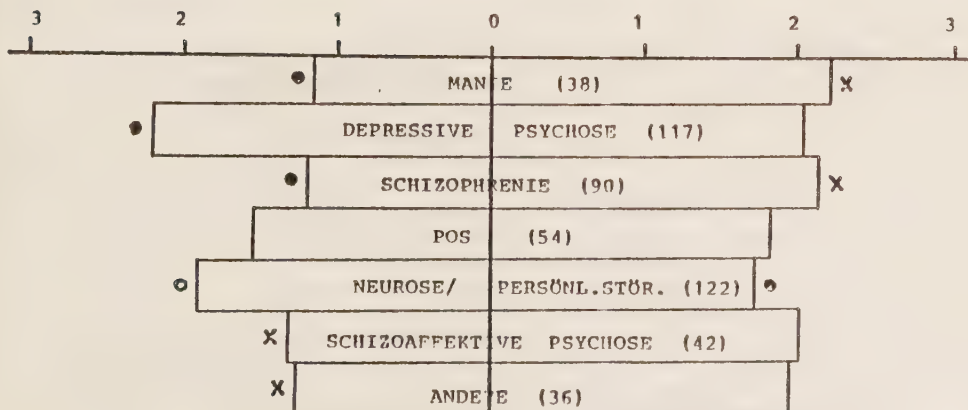
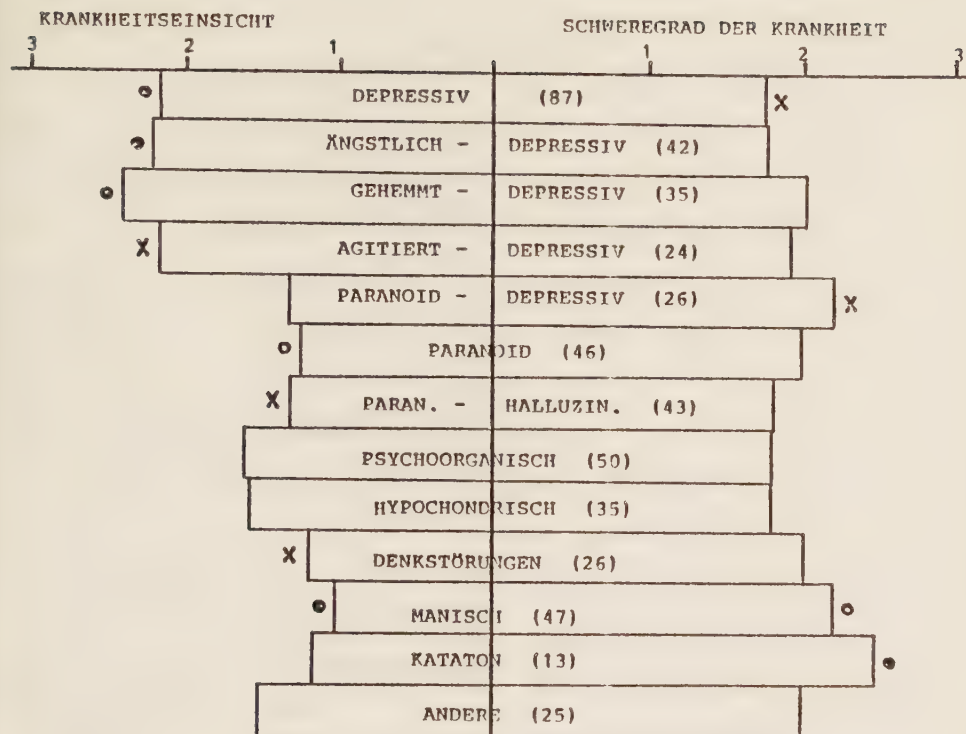
● $p \leq 0.001$ ○ $p \leq 0.01$ X $p \leq 0.05$

Tabelle 3 (S. 152 ff) zeigt das Dosierungsschema nach dem die Medikamente bezüglich ihrer Dosierung skaliert wurden. Die Medikamente unter D (andere Medikamente) wurden nur als mittelgradig dosiert eingetragen.

Tabelle 4 (S.153ff) zeigt die Mittelwerte der MMPI-Skalen und der Patientenfragebogen-Items, aufgeschlüsselt für die verschiedenen Syndrome und Diagnosen. In dieser Tabelle finden sich die Angaben zur Patienten-Stichprobe wieder, wie sie in Tabelle 2 beschrieben sind. Es sind zur Kennzeichnung der signifikanten Unterschiede die gleichen Symbole wie in Tab. 2 verwendet worden (s.o.).

Tabelle 5 (S.169 ff) zeigt die Patientenfragebogen-Items bzw. die Validitäts- und klinischen Psychopathologieskalen des MMPI wie sie auf die einzelnen Faktoren laden (s. auch Text). Dabei bedeutet ein Minus-Zeichen, daß das betreffende Item bzw. die MMPI-Skala negativ auf den Faktor lädt.

Tabelle 6 (S.173 ff) zeigt die mittlere Ladung der einzelnen Syndrome und Diagnosen auf die verschiedenen Faktoren, die hier in Kurzform beschrieben sind. Zur Kennzeichnung der signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtstichprobe sind die gleichen Symbole wie in Tab. 2 und 4 verwendet worden (s.o.).



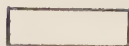
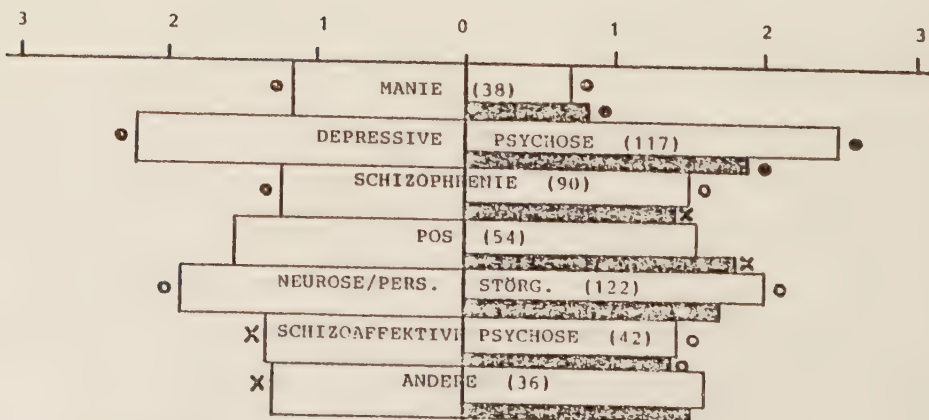
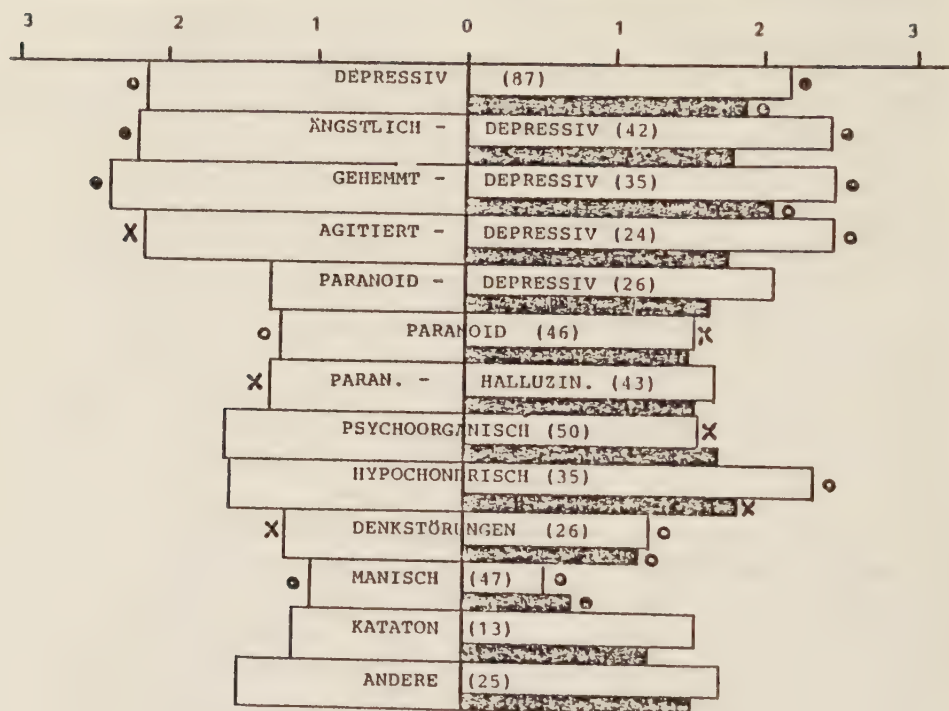
X 5 % Niv.

O 1 % Niv.

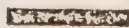
● 0,1 % Niv.

KRANKHEITSEINSICHT

KRANKHEITSGEFÜHL



ärztliche Beurteilung



Patientenangabe

X 5 % Niv.

○ 1 % Niv.

● 0,1 % Niv.

T A B E L L E 1

	Mittelwert	Streuung	Min.-Max.
<u>Alter:</u>	38,5	14,9	15 - 80
<u>Geschlecht:</u>			
56 % Frauen			
44 % Männer			
<u>Diagnostische Zuordnung:</u>	1,6	0,7	1 - 3
1 = leicht			
2 = mittel			
3 = schwer			
<u>Schweregrad der Erkrankung:</u>	3,2	1,1	1 - 5
0 = gesund			
bis			
5 = schwer krank			
<u>Krankheitseinsicht:</u>	1,7	1,0	0 - 3
0 = keine Einsicht			
bis			
3 = volle Einsicht			
<u>Krankheitsgefühl:</u>	1,8	1,0	0 - 3
0 = kein Krankheitsgefühl			
bis			
3 = schweres Krankheitsgefühl			
<u>Anzahl früherer stationärer Behandlungen:</u>	1,4	2,4	0 - 35
<u>Gesamtdauer der Behandlungen:</u>	3,0		1 - 5
weniger als 1 Woche (1)			
weniger als 1 Monat (2)			
weniger als 6 Monate (3)			
weniger als 1 Jahr (4)			
mehr als 1 Jahr (5)			
Bei 130 Patienten erfolgte keine Angabe!			
<u>Medikation:*</u>			
0 = keine Medikation			
1 = niedrige Dosierung			
2 = mittlere Dosierung			
3 = hohe Dosierung			
<u>Neuroleptika:</u>	0,84	1,2	0 - 3
<u>Antidepressiva:</u>	0,68	1,0	0 - 3
<u>Tranquillizer:</u>	0,18	0,55	0 - 3

* Andere Medikamente (siehe Tab. 3) wurden bei 13,4% der Patienten gegeben.

TABELLE : 2

	Paranoide Syndrome Rest	Depressive Syndrome Rest	Psychose Neurose Pers.Stör.
<u>Alter:</u>	40,1/38,0	41,4/37,0°	40,9/30,9°
<u>Geschlecht:</u> 0 = weiblich 1 = männlich	0.40/0.45	0.39/0.46	0.42/0.50
<u>Diagnostische Zuordnung:</u> 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	1.69/1.57	1.55/1.62	1.55/1.66
<u>Schweregrad der Erkrankung:</u> 0 = gesund bis 5 = schwer krank	3.32/3.20	3.19/3.25	3.38/2.83°
<u>Krankheitseinsicht:</u> 0 = keine Einsicht bis 3 = volle Einsicht	1.27/1.78°	2.08/1.44°	1.62/1.89×
<u>Krankheitsgefühl:</u> 0 = kein Krankheitsgefühl bis 3 = schweres Krankheits- gefühl	1.68/1.83	2.21/1.57°	1.74/2.02°
<u>Anzahl stationärer Be- handlungen in Psychia- trischen Kliniken:</u>	1.36/1.38	1.51/1.31	1.64/0.72°
<u>Einnahme von:</u>			
<u>Neuroleptika:</u>	1.24/0.72°	0.20/1.18°	1.02/0.21°
<u>Antidepressiva:</u>	0.33/0.78°	1.31/0.34°	0.72/0.69
<u>Tranquilizer:</u>	0.13/0.19	0.24/0.14	0.13/0.33°
0 = keine Medikation 1 = niedrige Dosierung 2 = mittlere Dosierung 3 = hohe Dosierung			

TABELLE: 2 Forts.

	Depressives Syndrom	ängstlich- depressiv	- 149 - gehemmt- depressiv	- agitiert- depressiv	paranoid- depressiv	paranoides Syndrom	paranoid - halluzinato- risch
<u>Alter:</u>	36,9	38,6	44,9 ^o	48,4 [•]	45,1 ^x	36,8	40,7
<u>Geschlecht:</u> 0 = weiblich 1 = männlich	0,41	0,29 ^x	0,40	0,37	0,35	0,37	0,49
<u>Diagnostische Zuordnung:</u> 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	1,52	1,81 ^x	1,66	1,33	1,73	1,78	1,56
<u>Schweregrad der Erkrankung:</u> 0 = gesund bis 5 = schwer krank	2,99 ^x	3,09	3,31	3,21	3,73 ^x	3,33	3,07
<u>Krankheitseinsicht:</u> 0 = keine Einsicht bis 3 = volle Einsicht	2,15 [•]	2,19 [•]	2,43 [•]	2,17 ^x	1,31	1,24 ^o	1,28 ^x
<u>Krankheitsgefühl:</u> 0 = kein Krankheitsgefühl bis 3 = schweres Krankheits- gefühl	2,14 [•]	2,38 [•]	2,40 [•]	2,42 ^o	2,04	1,50 ^x	1,65
<u>Anzahl stationärer Be- handlungen in Psychia- trischen Kliniken:</u>	1,28	0,95	2,66 ^o	0,67	1,50	1,33	1,33
<u>Einnahme von:</u>							
<u>Neuroleptika:</u>	0,19 [•]	0,07 [•]	0,23 ^o	0,04 [•]	0,35 ^x	1,67 [•]	1,33 ^o
<u>Antidepressiva:</u>	1,13 [•]	1,36 [•]	1,51 [•]	1,83 [•]	1,19 ^o	0,04 [•]	0,12 [•]
<u>Tranquillizer:</u>	0,32 ^o	0,24	0,17	0,12	0,19	0,11	0,12
0 = keine Medikation 1 = niedrige Dosierung 2 = mittlere Dosierung 3 = hohe Dosierung							

TABELLE: 2 Forts.

	organisches Psychosyndrom	hypochoondrisches Syndrom	Denkstörungen	- 150 - manisches Syndrom	katatonies Syndrom	andere Syndrome
<u>Alter:</u>	37,5	39,5	34,2	37,0	26,2°	31,7×
<u>Geschlecht:</u> 0 = weiblich 1 = männlich	0,74°	0,49	0,19°	0,49	0,61	0,44
<u>Diagnostische Zuordnung:</u> 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	1,35°	1,91°	1,65	1,43	1,31	1,76
<u>Schweregrad der Erkrankung:</u> 0 = gesund bis 5 = schwer krank	3,06	2,94	3,35	3,62×	4,08°	3,32
<u>Krankheitseinsicht:</u> 0 = keine Einsicht bis 3 = volle Einsicht	1,59	1,57	1,19×	1,02°	1,15	1,52
<u>Krankheitsgefühl:</u> 0 = kein Krankheitsgefühl bis 3 = schweres Krankheits- gefühl	1,53×	2,29°	1,19°	0,51°	1,54	1,72
<u>Anzahl stationärer Be- handlungen in Psychia- trischen Kliniken:</u>	0,86	0,60	1,96	2,43°	1,61	0,76
<u>Einnahme von:</u>						
<u>Neuroleptika:</u>	0,33°	0,51	2,15°	2,13°	2,77°	0,84°
<u>Antidepressiva:</u>	0,23°	0,60	0,11°	0,06°	0,00×	0,40
<u>Tranquillizer:</u>	0,12	0,31	0,08	0,00×	0,00	0,32
0 = keine Medikation 1 = niedrige Dosierung 2 = mittlere Dosierung 3 = hohe Dosierung						

TABELLE: 2 Forts.

	Manie	endogene Depression	Schizophrenie	151 organisches Psychosyndrom	Neurose- persönl. Störung	schizoaffective Psychose	andere Diagnosen
<u>Alter:</u>	40,2	49,3°	35,6 ^x	37,6	30,9°	33,9 ^x	40,6
<u>Geschlecht:</u>	0,45	0,26°	0,43	0,74°	0,50	0,36	0,46
0 = weiblich 1 = männlich							
<u>Diagnostische Zuordnung:</u>	1,32°	1,66	1,53	1,35°	1,66	1,79	1,86 ^x
1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer							
<u>Schweregrad der Erkrankung:</u>	3,63 ^x	3,38	3,44 ^x	3,09	2,83°	3,38	3,22
0 = gesund bis 5 = schwer krank							
<u>Krankheitseinsicht:</u>	1,13°	2,27°	1,20°	1,54	1,89°	1,29 ^x	1,24 ^x
0 = keine Einsicht bis 3 = volle Einsicht							
<u>Krankheitsgefühl:</u>	0,71°	2,45°	1,52°	1,57	2,02°	1,38°	1,57
0 = kein Krankheitsgefühl bis 3 = schweres Krankheits- gefühl							
<u>Anzahl stationärer Be- handlungen in Psychia- trischen Kliniken:</u>	2,29 ^x	1,50	1,72	0,80	0,72°	2,38°	0,92
<u>Einnahme von:</u>							
<u>Neuroleptika:</u>	0,87°	0,24°	1,80°	0,30°	0,21°	1,69°	1,24 ^x
<u>Antidepressiva:</u>	0,13°	1,73°	0,12°	0,31°	0,69	0,29°	0,24°
<u>Tranquillizer:</u>	0,05	0,22	0,08	0,15	0,33°	0,02	0,13
0 = keine Medikation 1 = niedrige Dosierung 2 = mittlere Dosierung 3 = hohe Dosierung							

Tabelle: 3

T A G E S D O S I S

MEDIKAMENT	NIEDRIG (1)	MITTEL (2)	HOCH (3)
A: NEUROLEPTIKA			
AOLEPT	- 40 mg	40 - 60 mg	über 60 mg
CIATYL	- 40 mg	40 - 60 mg	über 60 mg
DAPOTUM D.	- 12,5 mg/2Wo.	25 mg/2 Wo.	über 25 mg/2 Wo.
FLUANXOL	- 10 mg/2 Wo.	20 mg/2 Wo.	über 20 mg/2 Wo.
HALDOL	- 4 mg (=40Tr.)	5 - 9 mg	über 9 mg
IMAP	- 2 mg/Woche	2 - 8 mg/Woche	über 8 mg/Woche
LEPONEX	- 150 mg	150 - 300 mg	über 300 mg
LYOGEN DEPOT	- 125 mg/2 Wo.	25 mg/2 Wochen	über 25 mg/2 Wo.
MELLERIL	- 200 mg	200 - 500 mg	über 500 mg
NEUROCIL	- 150 mg	150 - 300 mg	über 300 mg
ORAP	- 1 mg	1 - 6 mg	über 6 mg
TAXILAN	- 200 mg	200 - 500 mg	über 500 mg
B: ANTIDEPRESSIVA			
ALIVAL	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
ANAFRANIL	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
GANONIL	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
JATROSOM	- 1 Drg.	2 Drg.	3 Drg. und mehr
NOVERIL	- 120 mg	120 - 360 mg	über 360 mg
PERTOFRAN	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
SAROTEN	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
TOFRANIL	- 75 mg	75 - 150 mg	über 150 mg
TOLVIN	10 - 20 mg	30 - 50 mg	über 50 mg
C: TRANQUILIZER			
LEXOTANIL 6	- 9 mg	9 - 18 mg	über 18 mg
TAVOR	- 3 mg	3 - 6 mg	über 6 mg
TRANXILUM	- 20 mg	20 - 40 mg	über 40 mg
VALIUM	- 15 mg	15 - 60 mg	über 60 mg
D: ANDERE MEDIK.			
Lithium, Herz-Kreislaufmittel, Med.f.cerebrale Leistung.	./.		./.

Tabelle 4:		Gesamtmittelwert																									
Nr.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Paranoide Syndrome		Rest		Depressive Syndrome		Rest		Psychosen		Neurosen/Per- sönlichkeits- störungen		Depressives Syndrom		Angstlich-de- pressives Syndrom		Gemischt-de- pressives Syndrom		Agitiert-depre- sives Syndrom		Paranoid-depre- sives Syndrom		Paranoides Syndrom		Paranoid-hallu- zinatorisches Syndrom	
		40.1	38.0	41.4	37.0 ^o	40.9	30.9 ^o	36.9	38.6	44.9 ^o	48.4 ^o	32.1	3.73 ^o	3.33	3.07	36.8	40.7										
	Alter	38.5	0.44	0.40	0.45	1.69	3.32	3.20	95	1.27	1.78 ^o	1.68	1.83	1.36	1.4	1.7	1.8	1.4	1.36	2.43	2.04	1.50	1.65	1.33			
	Geschlecht	3.2	98	102	95	94	3.19	3.25	97	97	94	2.83 ^o	2.95 ^o	3.09	3.21	3.33	3.07										
	Diagnost.-Zuordnung 1-3	1.5	1.69	1.55	1.62	1.55	0.50	0.41	0.29 ^o	0.40	1.33	1.66	1.52	1.81 ^o	1.66	1.78	1.56										
	Schwere KH-Bild 1-5	3.0	2.43	2.22	2.23	2.47	1.47 ^o	1.91	1.79	2.80 ^o	2.17	2.54	2.35	2.46	3.0	2.43	2.19 ^o	2.43 ^o	2.17 ^o	2.04	1.50	1.65	1.33				
	KH-Einsicht 0-3	0.68	0.33	0.78 ^o	0.34 ^o	0.72	0.69	1.13 ^o	1.36 ^o	1.51 ^o	1.83 ^o	1.19 ^o	0.04 ^o	0.12	0.18	0.13	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12				
	KH-Gefühl 0-3	0.84	1.24	0.72 ^o	0.20	1.18 ^o	1.02	0.21 ^o	0.07 ^o	0.23 ^o	0.04 ^o	0.35 ^o	1.67 ^o	1.33	0.18	0.13	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12				
	Zahl früh.stat.Be- handl.	0.18	0.13	0.19	0.14	0.13	0.33 ^o	0.32 ^o	0.24	0.17	0.12	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12	0.11	0.12			
	Ges.Dauer d.Behandl.	3.0	2.43	2.22	2.23	2.47	1.47 ^o	1.91	1.79	2.80 ^o	2.17	2.54	2.35	2.46	3.0	2.43	2.19 ^o	2.43 ^o	2.17 ^o	2.04	1.50	1.65	1.33				
	Antidepressiva 0-3	0.68	0.33	0.78 ^o	0.34 ^o	0.72	0.69	1.13 ^o	1.36 ^o	1.51 ^o	1.83 ^o	1.19 ^o	0.04 ^o	0.12	0.18	0.13	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12				
	Neuroleptika 0-3	0.84	1.24	0.72 ^o	0.20	1.18 ^o	1.02	0.21 ^o	0.07 ^o	0.23 ^o	0.04 ^o	0.35 ^o	1.67 ^o	1.33	0.18	0.13	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12				
	Tranquilizer 0-3	0.18	0.13	0.19	0.14	0.13	0.33 ^o	0.32 ^o	0.24	0.17	0.12	0.19	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12	0.13	0.12	0.11	0.12	0.11	0.12			
	MMPI - 1 Skala	26	27	28	26	25	30	28	24	28	32	25	23	29	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- L	53	53	54	53	54	51	54	53	56	54	52	56	52	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- P	62	59	61	60	61	59	60	59	57	67	65	61	61	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- K	49	50	51	50	50	50	50 ^o	49	54	48	49	50	48	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- HD	59	62	61	61	62	60	61	63	63	63	63	59	57	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- D	63	68	70	64 ^o	66	68	71 ^o	72 ^o	70	63	68	62	63	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- Hy	63	65	65	65	65	65	66	68	65	63	64	62	63	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- Pp	62	62	64	61	60	66 ^o	65 ^o	63	60	64	66	61	62	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		
	- Wf	51	51	50	51	51	50	50	50	50	52	50	46 ^o	55	36	40	36	33	30	27	25	23	29	36	40		

Forts.	Nr.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)		Organisches Psychosyndrom	Hypochoandrische Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonies Syndrom	Andere Syndrome	Manie		Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnose					
		Alter	Geschlecht	Diagnost. Zuordnung 1-3	Schwere KH-Bild 1-5	IQ	KH-Einsicht 0-3	KH-Gefühl 0-3	Zahl früh.stat.Be- handl.	Ges.Dauer d.Behandl.	Antidepressiva 0-3	Neuroleptika 0-3	Tranquillizer 0-3	MMPI - 1 Skala	- L	- F	- K	- HD	- D	- Hy	- Pp	- Mf
		37.9	0.74	1.35	3.06	83	1.59	1.53	0.86	2.02	0.23	0.33	0.12	24	48	65	48	66	66	74	65	57
		39.5	0.49	1.91	2.94	99	1.57	2.29	0.60	1.71	0.60	0.51	0.31	26	54	58	53	73	71	74	62	46
		34.2	0.19	1.65	3.35	93	1.19	1.19	1.96	2.81	0.11	2.15	0.08	20	52	63	47	55	57	58	57	50
		37.0	0.49	1.43	3.62	109	1.02	0.51	2.43	2.85	0.06	2.13	0.00	30	46	58	47	50	52	56	58	59
		26.2	0.61	1.31	4.08	96	1.15	1.54	1.61	3.00	0.00	2.77	0.00	42	49	63	43	48	50	50	57	64
		31.7	0.44	1.76	3.32	93	1.52	1.72	0.76	1.20	0.40	0.84	0.32	28	57	54	56	57	67	64	61	54
		40.2	0.45	1.32	3.63	110	1.13	1.72	2.29	2.82	0.13	0.87	0.05	31	50	60	50	54	53	56	55	59
		49.3	0.26	1.66	3.38	97	2.27	2.45	1.50	2.26	1.73	0.24	0.22	24	58	60	53	68	74	71	62	50
		35.6	0.43	1.53	3.44	99	1.20	1.52	1.72	2.66	0.12	1.80	0.08	26	54	63	48	58	62	61	51	26
		37.6	0.74	1.35	3.09	83	1.54	1.57	0.80	1.98	0.31	0.30	0.15	29	49	65	47	65	67	66	60	29
		30.9	0.50	1.66	2.83	94	1.89	2.02	0.72	1.47	0.69	0.21	0.33	31	52	59	50	60	69	65	50	31
		33.9	0.36	1.79	3.38	111	1.29	1.38	2.38	2.95	0.29	1.69	0.02	24	52	58	52	54	58	59	58	24
		40.6	0.46	1.86	3.22	98	1.24	1.57	0.92	2.40	0.24	1.24	0.13	27	50	60	47	60	64	62	61	27

155

Nr.	Forts.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Gesamtmittel- wert	Paranoide Syndrome	Rest	Depressive Syndrom	Rest	Psychosen	Neurosen/Per- sönlichkeiten- störungen	Depressives Syndrom	Angstlich-de- pressives Syndrom	Gehemmt-depres- sives Syndrom	Agitiert-depres- sives Syndrom	Paranoide-depres- sives Syndrom	Paranoide Syndrom	Paranoide-hallu- zinatorisches Syndrom
		MMPI - Pa Skala		62	60	60	61	60	61	60	65*	55*	66	62	64	61
		- Pt		62	66	68	64*	64	69*	68	70	68	69	66	59*	64
		- SC		65	65	66	64	65	65	66	67	69	69	67	62	67
		- Ma		54	54	54	54	54	55	55	52	52	56	54	54	55
		- SI		52	53	55	51*	53	53	55	56	56	54	56	50	52
		Patientenfrageb. L-Skala		59	60	60	60	58	64 ^o	61	58	58	56	57	60	60
1		Körperl. Beschwerden sind Ursache	0.28	0.27	0.28	0.17	0.34*	0.31	0.20*	0.14*	0.19	0.20	0.21	0.23	0.22	0.35
2A		Veränderg. seel. bed.	0.52	0.52	0.52	0.60	0.48*	0.48	0.62 ^o	0.62*	0.62	0.66	0.46	0.58	0.54	0.46
2B		" körperl. bedingt	0.19	0.24	0.18	0.12	0.23 ^o	0.22	0.12*	0.08 ^o	0.14	0.09	0.17	0.27	0.24	0.23
2C		" nervl. bedingt	0.48	0.52	0.47	0.55	0.45 ^o	0.51	0.38*	0.53	0.50	0.46	0.75*	0.54	0.52	0.51
2D		Keine Störungen fest- gestellt	0.13	0.10	0.13	0.08	0.15*	0.13	0.12	0.08	0.05	0.06	0.08	0.11	0.09	0.12
5		Bin gegen meinen Willen hier	0.40	0.42	0.39	0.34	0.43	0.40	0.36	0.39	0.26	0.26	0.29	0.35	0.41	0.46
6		Andere Umgebung wäre besser	0.46	0.56	0.43*	0.38	0.50*	0.45	0.47	0.40	0.40	0.26*	0.33	0.50	0.46	0.70*
8		Weiß wo es fehlt, Ärzte nicht	0.25	0.25	0.25	0.19	0.28	0.27	0.20	0.19	0.17	0.14	0.21	0.23	0.22	0.30
9		Selbst gemerkt, Be- handlg. notwendig	0.76	0.70	0.78	0.82	0.73*	0.76	0.76	0.80	0.88	0.86	0.92	0.73	0.70	0.67
11		Feste Vorstellg. v. Aufenthaltsdauer	0.40	0.36	0.41	0.30	0.45 ^o	0.40	0.38	0.30*	0.48	0.26	0.42	0.27	0.37	0.39
14		In der Klinik fehl am Platz	0.24	0.23	0.24	0.19	0.27*	0.24	0.25	0.21	0.12	0.09*	0.21	0.23	0.22	0.23

Porto.	Nr.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Organisches Psychosyndrom	Hypochondrische Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonies Syndrom	Andere Syndrome	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnose
		MMPI - Pa Skala	69	61	61	54	56	53*	47°	63	61	63	61	56	61°
		- Pt	69	68	55*	58*	57	67	57*	69*	62*	69	69*	58°	61
		- Sc	73	65	62	58	61	62	58	67	65°	70	66	58*	64
		- Ma	66	49*	60	60	62	51	61*	51*	55	54	55	57	54
		- Si	57	55	46*	44°	47	52	42°	57°	52	61	53	44°	53
		Patientenfrageb. L-Skala	52°	61	64	68°	71	62	65*	55°	62	53°	64°	66	51
	1	Körperl. Beschwerden sind Ursache	0.72°	0.51°	0.19	0.19	0.15	0.28	0.21	0.24	0.27	0.72°	0.20*	0.14*	0.31
	2A	Veränderg. seel. bed.	0.22°	0.40	0.65	0.53	0.54	0.48	0.47	0.53	0.54	0.18°	0.62°	0.62	0.50
	2B	" körperl. bedingt	0.38*	0.34*	0.19	0.15	0.00	0.20	0.18	0.18	0.22	0.41°	0.12*	0.09	0.19
	2C	" nervl. bedingt	0.42	0.49	0.46	0.40	0.31	0.28*	0.45	0.64*	0.47	0.43	0.38*	0.38	0.58
	2D	Keine Störungen fest- gestellt	0.26°	0.03	0.15	0.21	0.38°	0.20	0.26°	0.03°	0.16	0.24°	0.12	0.12	0.06
	5	Bin gegen meinen Willen hier	0.24*	0.37	0.61*	0.70°	0.46	0.40	0.60°	0.35	0.46	0.26*	0.36	0.40	0.53
	6	Andere Umgebung wäre besser	0.30*	0.29*	0.58	0.72°	0.46	0.60	0.66°	0.37*	0.50	0.28°	0.47	0.62*	0.47
	8	Weiß wo es fehlt, Ärzte nicht	0.14*	0.34	0.35	0.29°	0.15	0.36	0.42*	0.22	0.29	0.20	0.20	0.31	0.28
	9	Selbst gemerkt, Be- handlg. notwendig	0.70	0.89	0.73	0.60°	0.69	0.76	0.63*	0.86°	0.78	0.72	0.76	0.62*	0.78
	11	Feste Vorstellg. v. Aufenthaltsdauer	0.34	0.40	0.54	0.60°	0.38	0.56	0.58*	0.34	0.38	0.31	0.38	0.52	0.44
	14	In der Klinik fehl am Platz	0.16	0.20	0.42*	0.51°	0.31	0.32	0.42°	0.13°	0.23	0.18	0.25	0.48°	0.19

Nr.	Porto.	Organisches Psychosyndrom	Hypocondrische Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonies Syndrom	Andere Syndrome	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnosen
	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)													
16	Andere finden mich verändert	0.44 ^o	0.41	0.58	0.79	0.61	0.76	0.76	0.75 ^x	0.70	0.46 ^o	0.68	0.59	0.44 ^o
17	Ungünst. Veranlag. Schuld	0.26 ^x	0.37	0.42	0.30	0.23	0.48	0.42	0.55 ^x	0.32 ^x	0.30	0.45	0.33	0.39
18	Mein Zust. ändert sich doch nicht	0.14	0.17	0.23	0.23	0.15	0.20	0.21	0.19	0.16	0.15	0.20	0.21	0.17
21	Bin von selbst ge- kommen	0.24 ^o	0.51	0.54	0.49	0.38	0.68 ^x	0.47	0.59 ^o	0.51	0.26 ^o	0.45	0.52	0.50
24	Medik. helfen gut	0.70	0.37 ^o	0.81 ^x	0.77 ^x	0.85	0.48	0.84 ^o	0.64	0.61	0.65	0.44 ^o	0.67	0.69
25	Keine behandl. be- dürft. Beschwerden	0.30	0.17	0.35	0.60 ^o	0.46	0.36	0.53 ^o	0.25	0.30	0.30	0.25	0.45 ^x	0.25
28	Meinung anderer ist mir gleichgültig	0.40	0.49	0.54	0.66 ^o	0.38	0.28	0.71 ^o	0.40	0.37	0.37	0.34	0.40	0.31
29	Kann zur Besserung nicht beitragen	0.24	0.49 ^o	0.11	0.21	0.08	0.36	0.24	0.31	0.31	0.31	0.27	0.14 ^x	0.19
30	Klinikaufenth. eigent- lich überflüssig	0.14	0.17	0.46 ^o	0.51 ^o	0.38	0.20	0.47 ^o	0.09 ^o	0.28	0.13	0.24	0.36 ^x	0.31
35	Andere verachten mich	0.24	0.20	0.46	0.28	0.15	0.40	0.32	0.37 ^x	0.30	0.26	0.25	0.21	0.31
36	Hätte Behandl. ver- schieben sollen	0.12	0.17	0.19	0.30 ^o	0.00	0.12	0.32 ^o	0.11	0.18	0.09	0.06 ^o	0.14	0.17
38	Bin nicht beun- ruhigt	0.58	0.34	0.77 ^o	0.83 ^o	0.69	0.48	0.82 ^o	0.34 ^o	0.51	0.54	0.31 ^o	0.64 ^x	0.50
39	Bin v.a. körperl. krank	0.52 ^o	0.46 ^o	0.08	0.19	0.15	0.24	0.16	0.17	0.22	0.52 ^o	0.13 ^x	0.12	0.22
40	Verlasse mich auf den Arzt	0.84 ^x	0.77	0.73	0.60	0.54	0.64	0.71	0.76	0.71	0.81 ^x	0.57 ^o	0.62	0.75
41	Wäre nicht hier, wenn solider gelebt	0.24	0.23	0.46	0.45 ^x	0.46	0.40	0.34	0.22 ^x	0.37	0.22	0.31	0.40	0.47 ^x

Forts.		Gesamtmittel-													
Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)		Wert	Paranoide Syndrome	Rest	Depressives Syndrom	Rest	Psychosen	Neurosen/Per- sönlichkeits- störungen	Depressives Syndrom	Angstlich-de- pressives Syndrom	Gehemmt-depres- sives Syndrom	Agitiert-depres- sives Syndrom	Paranoid-depres- sives Syndrom	Paranoide Syndrom	Paranoid-hallu- zinatorisches Syndrom
43	Weiß welche Behandlung hilft	0.32	0.32	0.32	0.27	0.35	0.32	0.34	0.32	0.33	0.14 ^x	0.25	0.31	0.35	0.30
44	Weiter so, dann ist es aus	0.36	0.33	0.36	0.47	0.30 ^o	0.33	0.41	0.53 ^x	0.41	0.43	0.46	0.35	0.26	0.39
48	Behandl.hier hilft nicht	0.26	0.31	0.24	0.27	0.35	0.27	0.22	0.24	0.19	0.20	0.29	0.46 ^x	0.33	0.21
49A	Zustand am besten erkannt:Arzt	0.58	0.62	0.56	0.55	0.61	0.61	0.53	0.53	0.59	0.49	0.67	0.53	0.66	0.71
49B	Zust.am besten erkannt: Bekannte	0.28	0.29	0.28	0.27	0.28	0.31	0.21 ^x	0.17 ^x	0.17	0.46 ^x	0.29	0.31	0.33	0.23
49C	" " :Fremde	0.03	0.04	0.03	0.01	0.05 ^x	0.04	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.04	0.09 ^x	0.00
49D	" " :keiner	0.05	0.06	0.04	0.05	0.04	0.03	0.08 ^x	0.09 ^x	0.05	0.00	0.00	0.04	0.09	0.05
49E	" " :ich selbst	0.38	0.34	0.37	0.34	0.37	0.38	0.33	0.33	0.52 ^x	0.34	0.46	0.27	0.39	0.33
50	Habe mich nicht ver- ändert	0.28	0.26	0.29	0.23	0.31	0.31	0.19 ^x	0.18 ^x	0.09 ^o	0.26	0.33	0.23	0.28	0.26
52	Stelle Veränderg. nur durch andere fest	0.24	0.28	0.23	0.23	0.25	0.27	0.15 ^o	0.18	0.09 ^x	0.34	0.17	0.31	0.26	0.28
53A	Am besten jetzt: Berufl.Änderung	0.19	0.23	0.18	0.17	0.20	0.18	0.25	0.21	0.09	0.14	0.17	0.11	0.33 ^x	0.21
53B	Am besten jetzt: Änder.d.Wohnsituat.	0.14	0.23	0.12 ^o	0.13	0.15	0.14	0.14	0.14	0.07	0.06	0.08	0.23	0.26 ^x	0.21
53C	Am besten jetzt: Neue Umgebung	0.15	0.16	0.14	0.08	0.18 ^o	0.13	0.18	0.08	0.21	0.06	0.08	0.11	0.15	0.21
53D	Am besten jetzt: Jemand d.mich verst.	0.38	0.42	0.36	0.33	0.40	0.37	0.38	0.37	0.36	0.26	0.21	0.42	0.46	0.37
53E	Am besten jetzt: körperl.Behandlg.	0.05	0.06	0.04	0.02	0.05	0.05	0.02	0.03	0.00	0.00	0.04	0.00	0.06	0.09

Nr.	Forts.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Organisches Psychosyndrom	Hypocondrische Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonisches Syndrom	Andere Syndrome	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnose	8
43		Weiß welche Behandlung hilft	0.18*	0.23	0.38	0.60*	0.46	0.36	0.50*	0.24*	0.39	0.18*	0.34	0.40	0.28	
44		Weiter so, dann ist es aus	0.20*	0.31	0.27	0.19*	0.23	0.44	0.18*	0.42	0.33	0.30	0.41	0.24	0.44	
48		Behandl.hier hilft nicht	0.18	0.20	0.31	0.38*	0.15	0.20	0.37	0.21	0.28	0.20	0.22	0.38	0.28	
49A		Zustand am besten erkannt: Arzt	0.82*	0.66	0.53	0.39*	0.69	0.48	0.45*	0.60	0.62	0.79*	0.53	0.54	0.59	
49B		Zust.am besten erkannt: Bekannte	0.26	0.17	0.38	0.38	0.38	0.36	0.34	0.26	0.33	0.24	0.21	0.45*	0.19	
49C		" " : Fremde	0.00	0.06	0.15*	0.11*	0.00	0.00	0.13*	0.02	0.06	0.00	0.02	0.05	0.03	
49D		" " : keiner	0.00	0.14*	0.00	0.00	0.08	0.04	0.00	0.03	0.07	0.02	0.08*	0.02	0.06	
49E		" " : ich selbst	0.20*	0.29	0.50	0.49	0.31	0.32	0.50	0.39	0.39	0.20*	0.33	0.48	0.31	
50		Habe mich nicht ver- ändert	0.40	0.17	0.46*	0.49*	0.38	0.28	0.45*	0.22	0.26	0.37	0.19*	0.45*	0.31	
52		Stelle Veränderg. nur durch andere fest	0.22	0.29	0.54*	0.25	0.08	0.20	0.26	0.23	0.32	0.20	0.15*	0.33	0.33	
53A		Am besten jetzt: Berufl.Änderung	0.16	0.23	0.19	0.30	0.15	0.08	0.26	0.08*	0.29*	0.13	0.25	0.19	0.17	
53B		Am besten jetzt: Änder.d.Wohnsituat.	0.04*	0.11	0.11	0.23	0.15	0.16	0.13	0.08*	0.23*	0.02*	0.14	0.24	0.22	
53C		Am besten jetzt: Neue Umgebung	0.10	0.17	0.19	0.25*	0.00	0.28	0.26*	0.08*	0.19	0.07	0.18	0.07	0.22	
53D		Am besten jetzt: Jemand d.mich verst.	0.22*	0.34	0.54	0.51*	0.46	0.48	0.53	0.33	0.40	0.22*	0.38	0.50	0.33	
53E		Am besten jetzt: körperl.Behandlg.	0.08	0.03	0.00	0.11*	0.00	0.08	0.10	0.03	0.07	0.09	0.02	0.02	0.03	

Forts.		Gesamtwert														
Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)		Paranoide Syndrome	Rest	Depressives Syndrom	Rest	Psychosen	Neurosen/Per- sönlichkeits- störungen	Depressives Syndrom	Angstlich-de- pressives Syndrom	Gehemmt depress- sives Syndrom	Agitiert-depres- sives Syndrom	Paranoide-depres- sives Syndrom	Paranoide Syndrom	Paranoide-hallu- zinatorisches Syndrom		
Nr.		0.32	0.33	0.38	0.30	0.37	0.21	0.29	0.45	0.51	0.58	0.35	0.30	0.33		
53F	Am besten jetzt: Medikamente	0.33	0.32	0.38	0.30	0.37	0.21	0.29	0.45	0.51	0.58	0.35	0.30	0.33		
53G	Am besten jetzt: Gespräche	0.32	0.40	0.27	0.35	0.30	0.36	0.29	0.43	0.17	0.21	0.42	0.35	0.44		
53H	Am besten jetzt: Mich zufrieden lassen	0.13	0.16	0.10	0.14	0.15	0.06	0.09	0.07	0.11	0.12	0.08	0.15	0.23		
53I	Es gibt nichts, was hilft	0.08	0.09	0.09	0.07	0.09	0.05	0.10	0.05	0.03	0.08	0.15	0.09	0.07		
54	Bin anders	0.23	0.24	0.30	0.19	0.25	0.16	0.26	0.26	0.37	0.21	0.38	0.24	0.16		
55	Meine Seele ist in Ordnung	0.44	0.46	0.26	0.53	0.48	0.28	0.17	0.31	0.29	0.54	0.27	0.48	0.56		
58	Ärztl. Gespräche heifen	0.90	0.92	0.93	0.89	0.90	0.92	0.93	0.90	0.94	0.92	0.92	0.91	0.93		
61	War notw. zu kommen	0.88	0.84	0.91	0.86	0.88	0.88	0.87	0.90	1.00	0.96	0.88	0.85	0.81		
62	Nichts hilft mir wirklich	0.14	0.10	0.16	0.13	0.13	0.12	0.19	0.09	0.17	0.04	0.11	0.09	0.12		
63	Anfangs Therapie mitgemacht	0.70	0.67	0.67	0.72	0.73	0.62	0.63	0.64	0.63	0.71	0.81	0.63	0.53		
64	Bleib solange ich für notwendig halte	0.47	0.44	0.49	0.45	0.49	0.38	0.48	0.43	0.43	0.58	0.50	0.41	0.44		
65	Brauche nur Ruhe und Erholung	0.73	0.78	0.71	0.74	0.74	0.66	0.62	0.74	0.77	0.87	0.77	0.74	0.84		
67	Glaube, persönl. Pro- bleme sind Ursache	0.67	0.70	0.74	0.63	0.63	0.72	0.79	0.79	0.54	0.79	0.77	0.63	0.74		
70	Man sieht mir Schwie- rigkeiten nicht an	0.60	0.61	0.61	0.60	0.58	0.65	0.62	0.50	0.57	0.75	0.50	0.61	0.57		
72	Bekannte beurteilen mich richtig	0.60	0.56	0.61	0.60	0.60	0.58	0.64	0.59	0.60	0.42	0.54	0.61	0.51		

Forts.		Organisches Psychosyndrom	Hypocondrisches Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonies Syndrom	Andere Syndrome	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnosen
Nr.	Item (Kurzbezeichnung)													
53F	Am besten jetzt: Medikamente	0.30	0.43	0.23	0.21	0.00	0.16	0.32	0.56	0.27	0.28	0.21	0.24	0.33
53G	Am besten jetzt: Gespräche	0.14	0.26	0.38	0.47	0.23	0.40	0.55	0.26	0.37	0.11	0.36	0.33	0.36
53H	Am besten jetzt: Mich zufrieden lassen	0.12	0.06	0.23	0.15	0.23	0.12	0.21	0.11	0.21	0.11	0.06	0.09	0.19
53I	Es gibt nichts, was hilft	0.14	0.06	0.08	0.04	0.00	0.08	0.05	0.07	0.09	0.15	0.05	0.09	0.11
54	Bin anders	0.08	0.11	0.35	0.15	0.31	0.24	0.18	0.32	0.30	0.13	0.16	0.19	0.19
55	Meine Seele ist in Ordnung	0.64	0.43	0.42	0.77	0.61	0.44	0.71	0.35	0.47	0.57	0.28	0.57	0.50
58	Ärztl. Gespräche helfen	0.82	0.89	0.88	0.91	0.92	0.80	0.92	0.97	0.86	0.78	0.92	0.92	0.86
61	War notw. zu kommen	0.94	0.91	0.88	0.74	0.92	0.84	0.79	0.94	0.86	0.94	0.88	0.81	0.81
62	Nichts hilft mir wirklich	0.14	0.17	0.23	0.13	0.00	0.16	0.16	0.13	0.14	0.15	0.12	0.09	0.22
63	Anfangs Therapie mitgemacht	0.88	0.60	0.77	0.72	0.92	0.80	0.68	0.70	0.72	0.81	0.62	0.76	0.67
64	Bleibe solange ich für notwendig halte	0.22	0.37	0.69	0.72	0.23	0.52	0.63	0.55	0.47	0.24	0.38	0.55	0.56
65	Brauche nur Ruhe und Erholung	0.60	0.63	0.85	0.81	0.77	0.72	0.79	0.76	0.78	0.59	0.66	0.79	0.78
67	Glaube, persönl. Pro- bleme sind Ursache	0.24	0.54	0.69	0.74	0.54	0.88	0.63	0.74	0.64	0.24	0.72	0.83	0.81
70	Man sieht mir Schwie- rigkeiten nicht an	0.36	0.74	0.31	0.81	0.85	0.64	0.68	0.56	0.67	0.39	0.65	0.57	0.67
72	Bekannte beurteilen mich richtig	0.56	0.54	0.61	0.72	0.84	0.56	0.71	0.56	0.59	0.57	0.58	0.67	0.64

Forts.		Gesamtwert	Paranoide Syndrome	Rest	Depressives Syndrom	Rest	Psychosen	Neurosen/Personlichkeitsstörungen	Depressives Syndrom	Angstlich-depressives Syndrom	Gehemmt depressives Syndrom	Agitiert-depressives Syndrom	Paranoid-depressives Syndrom	Paranoides Syndrom	Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	71
Nr.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)															
73	Auf Zuraten anderer hier	0.52	0.60	0.50	0.52	0.52	0.53	0.43	0.44	0.45	0.57	0.58	0.65	0.54	0.63	
74	Erkr.Folge meiner Lebensumstände	0.70	0.72	0.69	0.71	0.69	0.68	0.74	0.70	0.71	0.74	0.67	0.73	0.72	0.72	
76	Meine seelische Kraft ist zu gering	0.64	0.60	0.65	0.84	0.53*	0.62	0.71	0.86*	0.74	0.83*	0.75	0.85*	0.63	0.42*	
81	Die Behandl.ist gut, ich mache mit	0.83	0.82	0.84	0.83	0.83	0.85	0.79	0.77	0.88	0.94	0.87	0.85	0.74	0.88	
82A	Beurteilen kann am besten: Arzt	0.67	0.73	0.66	0.62	0.70	0.69	0.61	0.61	0.67	0.57	0.75	0.61	0.74	0.79	
82B	Beurteilen kann am besten: Bekannte	0.29	0.31	0.29	0.26	0.31	0.31	0.26	0.22	0.24	0.34	0.33	0.23	0.38	0.33	
82C	Beurteilen kann am besten: Fremde	0.02	0.00	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	
82D	Beurteilen kann am besten: Keiner	0.02	0.00	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.05	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	
82E	Beurteilen kann am besten: Ich selbst	0.33	0.30	0.33	0.30	0.34	0.30	0.40*	0.26	0.52*	0.34	0.33	0.35	0.33	0.26	
83	Mein Befinden ist wie früher	0.22	0.23	0.22	0.16	0.25*	0.23	0.20	0.14*	0.14	0.26	0.04*	0.19	0.28	0.19	
84	Die Behandlung hier ist recht gut	0.86	0.85	0.86	0.90	0.84	0.87	0.84	0.90	0.93	0.91	0.96	0.85	0.80	0.91	
87	Empfinde den Zustand als Strafe	0.27	0.30	0.25	0.24	0.27	0.24	0.30	0.25	0.29	0.17	0.12	0.42	0.33	0.19	
88	Wenn ich bloß wie die anderen wäre	0.66	0.59	0.68	0.78	0.59*	0.66	0.66	0.72	0.76	0.89*	0.87*	0.77	0.52*	0.56	
90	Der Arzt hat meist 100%ig recht	0.59	0.63	0.58	0.57	0.60	0.63	0.47*	0.45*	0.64	0.77*	0.67	0.61	0.59	0.67	

164

Nr.	Forts.	Organisches Psychosyndrom	Hypochondrisch- Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatones Syndrom	Andere Syndrom	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektiv. Psychose	Andere Diagnosi	12
73	Auf Zuraten anderer hier	0.42	0.54	0.81 ^o	0.55	0.46	0.28 ^x	0.53	0.53	0.52	0.48	0.43 ^x	0.64	0.69	
74	Erkr.Folge meiner Lebensumstände	0.58	0.66	0.54	0.79	0.77	0.72	0.76	0.69	0.70	0.57 ^x	0.74	0.67	0.69	
76	Meine seelische Kraft ist zu gering	0.40 ^o	0.60	0.65	0.38 ^o	0.31 ^x	0.68	0.39 ^o	0.85 ^o	0.56	0.43 ^o	0.71	0.59	0.53	
81	Die Behandl.ist gut, ich mache mit	0.92	0.83	0.73	0.74	0.92	0.92	0.76	0.91 ^o	0.86	0.83	0.79	0.76	0.81	
82A	Beurteilen kann am besten: Arzt	0.90 ^o	0.74	0.61	0.47 ^o	0.77	0.56	0.53 ^x	0.68	0.70	0.87 ^o	0.61	0.62	0.67	
82B	Beurteilen kann am besten: Bekannte	0.24	0.29	0.19	0.40	0.46	0.36	0.42	0.28	0.34	0.18	0.26	0.36	0.25	
82C	Beurteilen kann am besten: Fremde	0.00	0.03	0.08 ^x	0.02	0.23 ^o	0.00	0.05	0.00	0.06 ^o	0.00	0.02	0.00	0.03	
82D	Beurteilen kann am besten: keiner	0.00	0.03	0.04	0.04	0.08	0.00	0.03	0.01	0.04	0.00	0.03	0.02	0.00	
82E	Beurteilen kann am besten: ich selbst	0.06 ^o	0.34	0.50	0.43	0.23	0.48	0.34	0.30	0.34	0.07 ^o	0.40 ^x	0.45	0.36	
83	Mein Befinden ist wie früher	0.18	0.26	0.19	0.45 ^o	0.23	0.32	0.42 ^o	0.13 ^o	0.22	0.18	0.20	0.40 ^o	0.17	
84	Die Behandlung hier ist recht gut	0.86	0.80	0.77	0.79	0.85	0.84	0.82	0.91	0.86	0.85	0.84	0.86	0.86	
87	Empfinde den Zustand als Strafe	0.18	0.20	0.42	0.28	0.15	0.52 ^o	0.26	0.22	0.30	0.20	0.30	0.24	0.31	
88	Wenn ich bloß wie die anderen wäre	0.56	0.86 ^x	0.50	0.34 ^o	0.46	0.84	0.45 ^o	0.89 ^o	0.59	0.63	0.66	0.43 ^o	0.64	
90	Der Arzt hat meist 100%ig recht	0.78 ^o	0.63	0.54	0.45 ^x	0.46	0.44	0.50	0.70 ^o	0.61	0.72 ^x	0.47 ^o	0.50	0.58	

- 166 -

Nr.	Forts. Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Organisches	Hypochondrisches	Denkstörungen	Mantisches	Katatones	Andere Syndrom	Mante	Endogene	Schizophrenie	Organisches	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive	Andere Diagnoses
		Psychosyndrom	Syndrom	Syndrom	Syndrom	Syndrom	Syndrom	Depression	Schizophrenie	Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive	Psychose	
93	Habe seel. Beschwerden	0.36 ^o	0.66	0.81	0.55 ^x	0.54	0.76	0.55	0.77 ^o	0.69	0.39 ^o	0.76 ^x	0.71	0.72
101A	Akzept. Beurteilung von: Arzt	0.90 ^x	0.89	0.61	0.60 ^o	0.77	0.80	0.68	0.80	0.79	0.89 ^x	0.78	0.55 ^o	0.72
101B	Akzept. Beurteilung von: Bekannten	0.28	0.23	0.42	0.43	0.38	0.36	0.42	0.22 ^x	0.36	0.20	0.32	0.43	0.31
101C	Akzept. Beurteilung von: Freunden	0.00	0.03	0.04	0.10 ^o	0.08	0.00	0.13 ^o	0.02	0.01	0.00	0.00	0.05	0.00
101D	Akzept. Beurteilung von: keinem	0.00 ^x	0.03	0.08	0.15 ^x	0.15	0.00	0.13	0.05	0.09	0.02	0.05	0.09	0.08
103	Bleibe solange es der Arzt vorschreibt	0.88 ^x	0.77	0.73	0.66	0.85	0.68	0.76	0.76	0.79	0.85	0.70	0.71	0.72
106	Bin unter Protest gekommen	0.10 ^x	0.14	0.38 ^x	0.36 ^o	0.15	0.16	0.29	0.21	0.23	0.09 ^x	0.10 ^o	0.36 ^x	0.33
110	Habe mich mit der Krankh. abgefunden	0.48 ^o	0.14	0.58 ^o	0.34	0.38	0.32	0.42 ^x	0.15 ^o	0.29	0.44 ^o	0.16 ^o	0.33	0.28
112	Auch der Arzt beur- teilt mich nicht richtig	0.08 ^x	0.43	0.50 ^x	0.38	0.46	0.48	0.32	0.27	0.38	0.22	0.34	0.38	0.28
115	Mein Denken ist an- ders als früher	0.62	0.77	0.77	0.70	0.85	0.68	0.60	0.79	0.76	0.63	0.70	0.74	0.81
117	Wenn ich mitarbeite gehts besser	0.78	0.80	0.77	0.94	1.00	0.80	0.92	0.87	0.86	0.76	0.82	0.88	0.78
119	Medikamente sind unnötig	0.14 ^o	0.26	0.54 ^o	0.51 ^o	0.38	0.24	0.47 ^x	0.14 ^o	0.29	0.15 ^o	0.41 ^o	0.38	0.42
124	Bestehe auf sofort. Entlassung	0.14	0.09	0.23	0.38 ^o	0.23	0.16	0.39 ^o	0.08 ^x	0.17	0.15	0.14	0.19	0.08
127	Meine Krankh. ist eine Prüfung	0.26	0.26	0.77 ^o	0.53 ^x	0.46	0.48	0.50	0.38	0.42	0.28	0.29 ^x	0.50	0.33

Forts.		- 167 -													
Nr.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Gesamtmittel-													
		Wert	Paranoide Syndrome	Rest	Depressives Syndrom	Rest	Psychosen	Neurosen/Per- sönlichkeits- störungen	Depressives Syndrom	Ängstlich-de- pressives Syndrom	Gehemmt-depres- sives Syndrom	Agitiert-depre- ssives Syndrom	Paranoid-depre- ssives Syndrom	Paranoides Syndrom	Paranoid-hallu- zinatorisches Syndrom
128	Bin betroffen, wenn für krank gehalten	0.49	0.47	0.49	0.44	0.51	0.51	0.42	0.46	0.43	0.37	0.37	0.54	0.41	0.49
129	Es geht mir bestimmt bald besser	0.82	0.86	0.80	0.76	0.85*	0.82	0.79	0.69*	0.81	0.80	0.83	0.88	0.85	0.86
132	Fühle mich ver- schlechtert	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.07	0.10	0.13	0.12	0.00	0.08	0.04	0.09	0.09
133A	Wäre jetzt am Lieb- sten: Im Krankenh.	0.43	0.41	0.44	0.53	0.38*	0.45	0.43	0.52	0.45	0.66*	0.46	0.46	0.26	0.53
133B	Wäre jetzt am Lieb- sten: Zuhause	0.29	0.37	0.27	0.20	0.34*	0.31	0.28	0.18	0.17	0.14	0.29	0.23	0.37	0.46*
133C	Wäre jetzt am Lieb- sten: In ambul. Behandl.	0.15	0.17	0.14	0.10	0.18*	0.17	0.08	0.09	0.14	0.09	0.12	0.15	0.15	0.21
133D	Wäre jetzt am Lieb- sten: an einem Kurort	0.17	0.22	0.16	0.08	0.22*	0.17	0.14	0.10	0.14	0.03*	0.08	0.08	0.30*	0.21
133E	Wäre jetzt am Lieb- sten: Irgendwo	0.11	0.12	0.10	0.09	0.11	0.09	0.14	0.10	0.19	0.09	0.08	0.08	0.15	0.12
139	Fühle mich krank (0-6)	3.15	2.99	3.20	3.66	2.89*	3.10	3.34	3.70*	3.50	4.00*	3.46	3.23	2.85	3.00

Nr.	Forts.	Persönliche Daten und Item (Kurzbezeichnung)	Organisches Psychosyndrom	Hypochondrische Syndrom	Denkstörungen	Manisches Syndrom	Katatonisches Syndrom	Andere Syndrome	Mante	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persön- lichkeitsstö- rungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnose	16
128		Bin betroffen, wenn für krank gehalten	0.48	0.57	0.61	0.68 ^o	0.46	0.40	0.63	0.48	0.51	0.54	0.42	0.50	0.44	
129		Es geht mir bestimmt bald besser	0.78	0.83	0.77	0.96 ^o	1.00	0.84	0.87	0.83	0.83	0.70 ^x	0.79	0.90	0.86	
132		Fühle mich ver- schlechtert	0.04	0.14	0.04	0.06	0.00	0.08	0.08	0.10	0.09	0.04	0.11	0.02	0.03	
133A		Wäre jetzt am lieb- sten: Im Krankenh.	0.38	0.51	0.27	0.17 ^o	0.46	0.48	0.29	0.62 ^o	0.41	0.35	0.43	0.29	0.28	
133B		Wäre jetzt am lieb- sten: Zuhause	0.42	0.29	0.35	0.40	0.38	0.16	0.34	0.14 ^o	0.39	0.41	0.28	0.45	0.22	
133C		Wäre jetzt am lieb- sten: in ambul. Behandl.	0.12	0.11	0.23	0.32 ^o	0.31	0.04	0.21	0.12	0.17	0.15	0.08 ^x	0.31	0.22	
133D		Wäre jetzt am lieb- sten: an einem Kurort	0.18	0.06	0.23	0.36 ^o	0.08	0.28	0.32 ^x	0.08 ^o	0.28 ^o	0.15	0.14	0.09 ^o	0.25	
133E		Wäre jetzt am lieb- sten: Irgendwo	0.02 ^x	0.09	0.08	0.15	0.00	0.16	0.18	0.08	0.12	0.02 ^x	0.14	0.05	0.14	
139		Fühle mich krank (0-6)	3.48	3.69 ^x	2.27 ^o	1.53 ^o	2.38	2.92	1.66 ^o	3.81 ^o	2.81 ^x	3.61 ^x	3.34	2.38 ^o	3.11	

Tabelle 5

F A K T O R I

- .58 die Behandlung ist gut nein
- .55 war notwendig in Behandlung zu kommen nein
- .54 was der Arzt sagt stimmt meist 100% nein
- .50 verlasse mich auf Arzt nein
- .49 bleibe im Krhs. solange es Arzt vorschreibt nein
- .45 ärztliche Gespräche helfen mir möglicherweise nein
- .45 Aufenthalt im Krhs. ist überflüssig
- .45 Medikamente helfen gut nein
- .45 Arzt beurteilt meinen Zustand am besten nein
- .42 wird mir bald besser gehen nein
- .42 habe den selben Schwung wie früher nein
- .36 durch meine Mitarbeit wird es bald besser gehen nein
- .35 bestehe auf Entlassung

Tabelle 5 Fortsetzung

F A K T O R I I

.52	Krankheitsgefühl (ärztl. Beurteilung)						
.28	Krankheitseinsicht (ärztl. Beurteilung)						
.74	meine Stimmung ist verändert						
.69	mein Befinden ist verändert						
-.68	mein Schwung ist wie früher	<u>nein</u>					
.63	fühle mich krank						
.62	habe seelische Beschwerden						
.61	habe geringe seelische Widerstandskraft						
-.61	meine Seele ist in Ordnung	<u>nein</u>					
.61	mein Denken ist verändert						
-.60	bin nicht beunruhigt	<u>nein</u>					
-.55	fühle mich wie jeder andere	<u>nein</u>					
-.45	zu Hause wäre Aufenthalt am besten	<u>nein</u>					
.45	bin im Krhs. am besten aufgehoben						
.43	wenn es so bleibt, ist es aus						
.43	möchte wieder wie die anderen sein						
MPI:	.47 F	.62 Hd	.76 D	.63 Hy	.57 Pp	.58 Pa	
	.74 Pt	.71 Sc	.58 Si				

Tabelle 5 Fortsetzung

F A K T O R I I I

- .27 keine Krankheitseinsicht (ärztl. Beurteilung)
.40 Schweregrad der Krankheit (ärztl. Beurteilung)

-
- .53 niemand versteht mich
.51 bin gegen meinen Willen hier
.50 weiß, wo es mir fehlt
.48 andere verachten mich
.48 Behandlung hilft hier nicht
.48 empfinde meinen Zustand als Strafe
.47 die Krankheit ist eine Prüfung
.46 bestehe auf Entlassung
.45 in anderer Umgebung wäre es besser
.40 weiß, welche Behandlung hilft
.40 werde ungerecht behandelt
.40 keiner hat mich gern
.40 bin betroffen, wenn man mich für krank hält
.40 bin anders
.36 Arzt kann meinen Zustand nicht beurteilen
.31 ungünstige Veranlagung ist schuld an meinem Zustand
.30 Suche keine Hilfe für meine Beschwerden
.30 mein Zustand ändert sich doch nicht.
-

MMPI: .31 Ma

Tabelle 5 Fortsetzung

F A K T O R I V

- .31 Schweregrad der Krankheit (ärztl. Beurteilung)
-
- .51 Bekannte können mich nicht beurteilen
.43 mein Zustand ändert sich nicht
-.41 Gespräche helfen nicht
.40 nichts hilft
.34 möchte wieder wie die anderen sein
-.32 durch meine Mitarbeit wird es bald besser nein
.32 Aufenthalt im Krankenhaus ist am besten
-.32 bleibe im Krhs. nicht länger als nötig nein
.30 kann nichts zu meiner Besserung beitragen
-

MMPI: .69 L .61 K
-.49 F -.35 Pp -.31 Pa -.51 Ma

F A K T O R V

- .30 Krankheitseinsicht (ärztl. Beurteilung) keine
-
- .69 habe körperliche Veränderungen an mir entdeckt
.68 bin wegen körperlicher Beschwerden hier
.66 fühle mich körperlich krank
-.38 Freunde und Bekannte beurteilen mich treffend nein
.36 neue Umgebung würde helfen
.35 Operation würde helfen
-.35 persönliche Probleme sind Ursache meiner Krankheit nein
.30 Kur wäre gut
-

MMPI: .37 Hd

Tabelle 6:

Nr.	FAKTOR	Depressives Syndrom	Angstlich-depressives Syndrom	Gehemmt-depressives Syndrom	Agitiert-depressives Syndrom	Paranoid-depressives Syndrom	Paranoides Syndrom	Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	Organisches Psychosyndrom	Hypochondrisches Syndrom	Denkstörungen	Hantisches Syndrom	Katatones Syndrom	Andere Syndrome
1	Generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung	0.31 ^o	0.02	-0.26	-0.47 ^x	-0.01	0.19	-0.05	-0.46 ^o	-0.05	0.05	0.19	0.00	0.06
2	Subjektiv stark und bedrohlich empfundene Symptomwahrnehmung; seelische Beschwerden; Behandlungsbereitschaft	0.44 ^o	0.52 ^o	0.50 ^o	0.22	0.14	-0.07	-0.19	-0.27 ^x	0.33 ^x	-0.57 ^o	-1.06 ^o	-0.56 ^x	-0.03
3	Zustand der als Strafe oder Prüfung empfundenen Kränklichkeit; Behandlungsunwilligkeit	0.15	0.18	-0.06	-0.04	0.36	0.05	0.09	-0.05 ^o	-0.40 ^x	0.43 ^x	0.35 ^x	0.08	0.22
4	Zustand der als hoffnungslos und unbefriedigend erlebten Krankheit mit Abwehrlage gegenüber seelischen Schwächen	0.03	-0.09	0.19	0.06	0.19	-0.32 ^x	-0.19	0.16	0.26	0.19	-0.23	-0.50	0.17
5	Hypochondrie-Faktor	-0.36 ^o	-0.23	-0.61 ^o	-0.24	-0.12	0.28 ^x	0.30 ^x	0.39 ^o	0.33 ^x	0.10	0.31 ^x	-0.22	0.03

Nr.	FAKTOR	Manie	Endogene Depression	Schizophrenie	Organisches Psychosyndrom	Neurose/Persönlichkeitsstörungen	Schizoaffektive Psychose	Andere Diagnosen
1	Generelle Ablehnung der klinischen und ärztlichen Behandlung	0.04	-0.35 [°]	0.05	-0.34 [°]	0.38 [°]	0.12	0.05
2	Subjektiv stark und bedrohlich empfundene Symptomwahrnehmung; seelische Beschwerden; Behandlungsbereitschaft	-0.92 [°]	0.43 [°]	-0.13	-0.19	0.28 [°]	-0.51 [°]	-0.12
3	Zustand der als Strafe oder Prüfung aufgefaßt empfundenen Krankheit; Behandlungsunwilligkeit	0.20	0.09	0.14	-1.04 [°]	0.07	0.19	0.18
4	Zustand der als hoffnungslos und unbeflußbar erlebten Krankheit mit Abwehrhaltung gegenüber seelischen Schwächen	-0.13	0.25 [°]	-0.07	0.32 [°]	-0.20 [°]	-0.21	-0.05
5	Hypochondrie-Faktor	0.33 [°]	-0.29 [°]	0.31 [°]	0.37 [°]	-0.19 [°]	-0.27	0.23

STUDIE ÜBER KRANKHEITSEINSTELLUNG (Bogen für den behandelnden Arzt)

Name des Patienten geb.

Station männl. weibl.

Syndrom

Diagnose

Diagnostische Zuordnung gelingt: leicht - mittel - schwer

Einschätzung der Schwere des Krankheitsbildes:

Pat. gesund bzw. volle Remission bzw. voll rehabilitiert 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Pat. schwer krank

Krankheitseinsicht des Patienten : gar nicht - leicht - mittel - voll einsichtig

Krankheitsgefühl des Patienten : gar nicht - leicht - mittel - schwer

Anzahl der früheren stationären Behandlungen in psychiatrischen

Krankenhäusern

Gesamtdauer der Behandlungen ca:

--	--	--	--	--

< 1 Wo < 1 Mon < 3 Mon < 1 J > 1 J

Jetziger Aufenthalt des Patienten seit

Medikation

Name Vorname

Station Datum

ANLEITUNG

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihre augenblickliche Situation und Ihre Empfindungen beziehen.

Bitte Überlegen Sie für jede Feststellung, ob Sie ihr zustimmen oder sie ablehnen, und setzen Sie jeweils dahinter in das entsprechende Kästchen ein Kreuz.

Ein Beispiel:

Ich habe öfter Kopfschmerzen

Wenn Sie dieser Feststellung Überwiegend oder vollkommen zustimmen, so setzen Sie in das Kästchen dahinter unter "stimmt" ein Kreuz:

Wenn die Feststellung für Sie gar nicht oder nur unwesentlich zutrifft, d. h. wenn Sie keine oder nur selten Kopfschmerzen haben, so setzen Sie in das Kästchen unter "stimmt nicht" ein Kreuz:

stimmt	stimmt nicht
☐	☐
☒	☐
☐	☒

Es gibt einige Fragen, hinter denen sich mehrere Antworten befinden.

Setzen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen vor derjenigen Antwort, die für Sie am meisten zutrifft.

Ein Beispiel:

Meine Beschwerden haben sich in
letzter Zeit verschlimmert

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| ☐ | gar nicht |
| ☐ | leicht |
| ☐ | mittel |
| ☐ | schwer |
| ☐ | ich bin
beschwerdefrei |

Ihre Beschwerden haben sich in letzter
Zeit z. B. nicht verschlimmert:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| ☒ | gar nicht |
| ☐ | leicht |
| ☐ | mittel |
| ☐ | schwer |
| ☐ | ich bin
beschwerdefrei |

Sie haben z. B. keine Beschwerden:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| ☐ | gar nicht |
| ☐ | leicht |
| ☐ | mittel |
| ☐ | schwer |
| ☒ | ich bin
beschwerdefrei |

Dieser Fragebogen dient zur Erfassung von Patienteneinstellungen und hat auf Ihre jetzige Behandlung und stationäre Aufnahme keinen Einfluß.

Bitte lassen Sie keine Feststellung aus.

	stimmt	stimmt nicht
1. Körperliche Beschwerden sind hauptsächlich die Ursache, daß ich hier bin ...	☐	☐
2. Ich habe an mir Veränderungen oder Störungen entdeckt, die vorwiegend bedingt sind	☐ seelisch ☐ körperlich ☐ nervlich ☐ ich habe <u>keine</u> Störungen entdeckt	
3. Zuweilen möchte ich am liebsten etwas kaputtschlagen	☐	☐
4. Manchmal denke ich an Dinge, die zu schlecht sind, um darüber zu reden	☐	☐
5. Eigentlich bin ich mehr oder weniger gegen meinen Willen hier in der Klinik ...	☐	☐
6. Wenn ich in eine andere Umgebung käme, würde es mir bestimmt bald besser gehen ..	☐	☐
7. Ich glaube, daß sehr viele Leute ihr Mißgeschick übertreiben, um das Mitgefühl und die Hilfe anderer zu gewinnen .	☐	☐
8. Ich weiß genau, wo es mir fehlt; die Ärzte sind bisher aber noch nicht auf der richtigen Spur	☐	☐
9. Ich hatte selbst gemerkt, daß ich in Behandlung kommen mußte	☐	☐
10. Meine Stimmung ist genauso wie früher	☐	☐

	stimmt	stimmt nicht
11. Ich habe eine feste Vorstellung davon, wie lange ich im Krankenhaus bleiben muß	☐	☐
12. Manchmal möchte ich am liebsten fluchen	☐	☐
13. Meine Nerven sind von Natur aus angegriffen	☐	☐
14. Ich bin hier in der Klinik fehl am Platz	☐	☐
15. Bei den meisten Leuten macht es viel Mühe, sie von der Wahrheit zu überzeugen	☐	☐
16. Andere Menschen finden, daß ich nicht mehr so bin wie früher	☐	☐
17. Meine ungünstige Veranlagung ist verantwortlich dafür, daß es mir so geht wie jetzt	☐	☐
18. An meinem jetzigen Zustand ändert sich ja doch nichts mehr	☐	☐
	☐ gar nicht ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer	
19. Mein Antrieb, Schwung und meine Aktivität haben sich verändert		
20. Ich habe sehr selten Streit mit meiner Familienangehörigen	☐	☐

	stimmt	stimmt nicht
21. Ich bin eher selbst auf die Idee gekommen, mich in einer Klinik behandeln zu lassen	☐	☐
22. Ich lese nicht jeden Tag alle Leitartikel in der Zeitung	☐	☐
23. Die meisten Leute würden eher zu etwas unfairen Mitteln greifen als sich einen Gewinn oder Vorteil entgehen zu lassen ...	☐	☐
24. Eigentlich helfen mir die Medikamente, die ich hier bekomme, recht gut	☐ ja ☐ nein ☐ ich bekomme keine Medikamente	
25. Ich habe keine solche Beschwerden, für die ich Abhilfe suche	☐	☐
26. Ich sehe, höre, rieche, schmecke, fühle genauso wie früher	☐	☐
27. Oft kann ich nicht verstehen, warum ich so mürrisch und verdrießlich gewesen bin	☐	☐
28. Es ist mir gleichgültig, welche Meinung andere von mir haben	☐	☐
29. Ich glaube nicht, daß ich selbst etwas zu meiner Besserung beitragen kann	☐	☐
30. Mein Aufenthalt in der Klinik ist eigent- lich überflüssig	☐	☐

	stimmt	stimmt nicht
31. Ich bin von Hause aus psychisch schwer belastet	☐	☐
32. Manchmal eilten meine Gedanken schneller voraus, als ich sie aussprechen konnte ..	☐	☐
33. Mein Befinden hat sich gegenüber früher verändert	☐ gar nicht ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer	
34. Ich sage nicht immer die Wahrheit	☐	☐
35. Ich glaube, die anderen Menschen verachten mich wegen meiner Schwierigkeiten	☐	☐
36. Ich hätte die Behandlung lieber auf einen späteren Termin aufschieben sollen	☐	☐
37. Kritik oder Schelten verletzen mich sehr stark	☐	☐
38. Ich bin über meinen jetzigen Zustand nicht beunruhigt	☐	☐
39. Ich bin hauptsächlich körperlich krank	☐	☐
40. Ich verlasse mich ganz auf den Arzt ...	☐	☐

41. Wenn ich vernünftiger und solider gelebt hätte, wäre ich jetzt nicht hier

stimmt

☐

stimmt nicht

☐

42. Manchmal komme ich mir wirklich nutzlos vor

☐
☐

43. Ich weiß genau, welche Behandlung mir jetzt helfen würde

☐
☐

44. Wenn mein Zustand weiterhin so bleibt, ist es aus

☐
☐

45. Ich werde manchmal wütend

☐
☐

46. Es macht mich ungeduldig, wenn andere Leute mich um Rat fragen oder mich bei der Arbeit an einer wichtigen Sache unterbrechen

☐
☐

47. Ich habe das Gefühl, niemand versteht mich mehr

☐
☐

48. Ich wüßte nicht, daß die Behandlung hier überhaupt etwas hilft

☐
☐

49. Am treffendsten hat meinen jetzigen Zustand erkannt und beurteilt

☐

der Arzt

☐

Menschen, die mich gut kennen

☐

Fremde

☐

keiner

☐

ich selbst

50. Ich habe mich im Vergleich zu früher
bestimmt nicht verändert

51. Ich habe mich in meinem Leben nie
besser als jetzt gefühlt

52. Nur wenn mich andere Leute auf besondere
Veränderungen bei mir aufmerksam machen,
stelle ich sie auch fest

53. Die beste Möglichkeit, mir bei meinen
augenblicklichen Schwierigkeiten zu
helfen, wäre

54. Ich bin so anders, daß keiner mit mir
etwas anfangen kann

55. Meine Seele ist ganz in Ordnung

stimmt	stimmt nicht
☐	☐
☐	☐

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

- ☐ eine Änderung der beruflichen Situation
- ☐ eine Änderung der Wohnsituation
- ☐ eine neue Umgebung
- ☐ jemand, der mich versteht
- ☐ eine körperliche Behandlung (Operation)
- ☐ Medikamente
- ☐ Gespräche
- ☐ wenn man mich zufrieden läßt
- ☐ Es gibt eigentlich nichts, was mir helfen würde

☐	☐
☐	☐

	stimmt	stimmt nicht
56. Manchmal verschiebe ich etwas auf morgen, was ich heute tun müßte	☐	☐
57. Was andere von mir denken, stört mich nicht	☐	☐
58. Die Ärztlichen Gespräche sind für mich möglicherweise eine Hilfe	☐	☐
59. Das mußte ja so kommen mit mir, meine Eltern haben mir viel zu wenig Durch- setzungsvermögen beigebracht	☐	☐
60. Ich glaube keinem Menschen aufs Wort	☐	☐
61. Ich glaube, es war wirklich notwendig, zur Behandlung zu kommen	☐	☐
62. Ich glaube es gibt nichts, was mir wirklich helfen würde	☐	☐
63. Anfangs habe ich die Therapie mitgemacht	☐	☐
64. Ich bleibe nicht länger im Krankenhaus, als ich selber für notwendig halte	☐	☐
65. Ich brauche zu meiner Besserung einfach Ruhe und Erholung	☐	☐
66. Ich fühle mich nicht wohl, wenn ich eine Gesellschaft mit Kunststücken unterhalten soll, auch wenn andere Ähnliches tun	☐	☐
67. Ich glaube, meine persönlichen Probleme sind die Ursache, daß ich jetzt hier bin	☐	☐

78. Ab und zu lache ich über einen
unanständigen Witz

[illegible]

	stimmt	stimmt nicht
79. Es passiert mir oft, daß ich mir um etwas Sorgen mache	☐	☐
80. Personen, die für mich wichtig sind, haben mich nie verstanden	☐	☐
81. Ich halte die Behandlung hier für gut und mache selbst mit	☐	☐
82. Meinen jetzigen Zustand kann am besten beurteilen	☐ ein Arzt ☐ Menschen, die mich gut kennen ☐ Fremde ☐ keiner ☐ nur ich selbst	
83. Mein Befinden ist genauso wie früher	☐	☐
84. Die Behandlung hier ist eigentlich recht gut	☐	☐
85. Ich werde leicht wütend und komme dann schnell darüber hinweg	☐	☐
86. Mein Benehmen bei Tisch ist zu Hause nicht ganz so gut, wie wenn ich in Gesellschaft auswärts esse	☐	☐
87. Ich empfinde meinen Zustand als eine mir auferlegte Strafe	☐	☐
88. Wenn ich doch bloß wieder so wäre, wie die anderen	☐	☐

89. In Gesellschaft habe ich Mühe, den richtigen Gesprächsstoff zu finden

stimmt

stimmt
nicht

☐
☐

90. Was der Arzt sagt, stimmt meist hundertprozentig

☐
☐

91. Die Probleme, die ich jetzt habe, hätten jeden anderen Menschen auch treffen können

☐
☐

92. Wenn ich ohne Bezahlung in ein Kino hineinkommen könnte und sicher wäre, nicht gesehen zu werden, würde ich es wahrscheinlich tun

☐
☐

93. Ich habe seelische Beschwerden

☐
☐

94. Meine Wahrnehmung (sehen, hören, schmecken, riechen, fühlen) hat sich verändert

☐

gar nicht

☐

leicht

☐

mittel

☐

schwer

95. Manchmal bin ich voller Energie

☐
☐

96. Ich hatte als Kind meine Eltern sehr gerne

☐
☐

97. Obwohl ich Schwierigkeiten habe, fühle ich mich als Mensch wie jeder andere

☐
☐

98. Ich bemühe mich immer, auf andere einen guten Eindruck zu machen

☐
☐

	stimmt	stimmt nicht
99. Ich habe Zeiten, in denen ich mich ohne besonderen Grund außergewöhnlich frohgestimmt fühle	☐	☐
100. Ich würde beim Spiel lieber gewinnen als verlieren	☐	☐
101. Eine Beurteilung über meinen jetzigen Zustand akzeptiere ich noch am ehesten	☐ vom Arzt ☐ von Menschen, die mich gut kennen ☐ von Fremden ☐ von keinem	
102. Mein Antrieb, Schwung und meine Aktivität sind genauso wie früher	☐	☐
103. Ich bin bereit, so lange im Krankenhaus zu bleiben, wie es mir der Arzt vorschreibt	☐	☐
104. Ich glaube, fast jeder würde Lügen erzählen, um Schwierigkeiten zu vermeiden	☐	☐
105. Man hat mich oft ungerecht behandelt	☐	☐
106. Ich bin unter starkem Protest in Behandlung gekommen	☐	☐
107. Ich lerne gern bedeutende Leute kennen, weil ich mich dann selbst wichtig fühle..	☐	☐
108. Wenn sich jemand von mir ein ungünstiges Bild macht, trifft mich das gar nicht ...	☐	☐
109. Ich glaube, viele Menschen haben dieselben Schwierigkeiten wie ich	☐	☐

110. Ich habe mich mit meiner Krankheit
abgefunden

stimmt	stimmt nicht
☐	☐

111. Meine Stimmung ist gegenüber früher
verändert

☐	gar nicht
☐	leicht
☐	mittel
☐	schwer

112. Auch der Arzt kann meinen Zustand nicht
richtig beurteilen

☐	☐
--------------------------	--------------------------

113. Zuweilen scheint mein Verstand langsamer
als gewöhnlich zu arbeiten

☐	☐
--------------------------	--------------------------

114. Ich habe Geldsorgen und geschäftliche
Sorgen

☐	☐
--------------------------	--------------------------

115. Mein Denken ist irgendwie anders
als früher

☐	☐
--------------------------	--------------------------

116. Manchmal stimme ich bei Wahlen für Leute,
von denen ich sehr wenig weiß

☐	☐
--------------------------	--------------------------

117. Wenn ich selber ein bißchen mitarbeite,
geht es mir bestimmt bald besser

☐	☐
--------------------------	--------------------------

118. Ich mag nicht jeden leiden, den ich
kenne

☐	☐
--------------------------	--------------------------

119. Eigentlich halte ich eine Behandlung mit
Medikamenten bei mir für unnötig

☐	☐
--------------------------	--------------------------

120. Meine Erziehung war falsch

☐	☐
--------------------------	--------------------------

	stimmt	stimmt nicht
121. Ich hatte manchmal das Gefühl, als häuften sich so viele Schwierigkeiten, daß ich sie nicht Überwinden könnte	☐	☐
	☐ sehr gut	
	☐ gut	
122. Im Moment fühle ich mich	☐ weder gut noch schlecht	
	☐ schlecht	
	☐ sehr schlecht	
123. Manchmal klatsche ich ein wenig	☐	☐
124. Ich bestehe darauf, sofort aus der Klinik entlassen zu werden	☐	☐
125. Die Menschen enttäuschen mich oft	☐	☐
126. Mich kann keiner mehr gern haben	☐	☐
127. Meine Krankheit ist eine mir auferlegte Prüfung	☐	☐
128. Wenn mich jemand als kranken Menschen beurteilt, bin ich sehr betroffen	☐	☐
129. Es wird mir bestimmt bald besser gehen ...	☐	☐
130. Es kann einem in der heutigen Welt gar nicht anders gehen, als es mir jetzt geht	☐	☐

	stimmt	stimmt nicht
131. Ich denke oft, "ich wollte, ich wäre wieder ein Kind".....	☐	☐
132. Ich fühle mich seit Beginn der Behandlung	☐ gebessert ☐ unverändert ☐ verschlechtert	
133. Am besten wäre für mich jetzt der Aufenthalt	☐ im Krankenhaus ☐ zuhause ☐ in ambulanter Behandlung ☐ an einem Kurort ☐ irgendwo weit weg	
134. Ich neige dazu, Probleme und Sorgen vor anderen Menschen zu verbergen	☐	☐
135. Ich habe oft Leute getroffen, die als sehr tüchtig gälten, aber nicht mehr konnten als ich	☐	☐
136. Wenn ich zurückdenke, habe ich eigentlich eine gute Kindheit gehabt	☐	☐
137. Es fällt mir schwer, eine einmal angefangene Arbeit auch nur für kurze Zeit beiseite zu legen	☐	☐
138. Ich lasse andere gern meinen Standpunkt wissen	☐	☐

Bitte kreuzen Sie bei dieser letzten Frage zwischen den beiden Endpunkten 0 = völlig gesund und 6 = sehr krank die Zahl an, die Ihren jetzigen Zustand am besten beschreibt.

139. Ich fühle mich:

völlig gesund 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 sehr krank

Lebenslauf

Als Sohn schwedischer Eltern wurde ich am 24.04.1954 in Rio de Janeiro / Brasilien geboren. Mein Vater war dort als Pfarrer bei der schwedischen Seemannskirche angestellt. Im November 1962 kam er bei einem Flugunglück um.

Nach der Übersiedlung Ende 1962 nach Schweden, legte ich im Juni 1971 das Abitur am Västergårdsgymnasium in Södertälje ab.

Im Oktober 1971 ging ich nach München und besuchte den Deutschkursus für Ausländer bei der Universität München und habe im April 1972 die deutsche Sprachprüfung für ausländische Studienbewerber erfolgreich bestanden.

Im Sommersemester 1972 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München das Medizinstudium und bestand im April 1973 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und im Oktober 1974 die Ärztliche Vorprüfung. Im August 1975 habe ich den 1. Teil, im August 1977 den 2. Teil und im November 1978 den 3. Teil der ärztlichen Prüfung nach der AÖA bestanden.

In der Zeit vom 15.02.1979 bis zum 31.12.1980 war ich als Assistenzarzt auf der Abteilung für Allgemein- und Unfallchirurgie des Evang. Krankenhauses in Lippstadt tätig (Chefarzt Dr. H. Schlaaff). Danach ging ich nach Schweden und am 20.02.1981 bestand ich in Stockholm das medizinische Examen für ausländische Ärzte.

Nach meiner Rückkehr nach München im März 1981 arbeitete ich bis zum 31.06.1981 als Assistenzarzt in der Chirurgischen Privatklinik Bogenhausen (Chefarzt Dr. A. Stanischeff) und seit September 1981 bin ich Assistenzarzt in der orthopädischen Klinik des Rheuma-Zentrums in Bad Abbach / Regensburg (Chefarzt Prof. Dr. D. Wessinghage), wo ich eine Facharztausbildung für Orthopädie anstrebe.

